



Trabajo fin de grado

Trastorno Negativista Desafiante: Conocimiento,
prevención e intervención con un caso real.

Elena Moreno Catarecha

Adriana Marqueta Baile

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2014

Índice

1. INTRODUCCIÓN	4 - 24
1.1.Trastornos Graves de Conducta	4 - 8
<i>1.1.1. Trastorno Disocial</i>	<i>5 - 6</i>
<i>1.1.2. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.</i>	<i>6 - 7</i>
<i>1.1.3. Trastorno Negativista Desafiante</i>	<i>7 - 8</i>
1.2.Prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante y otros Trastornos Graves de Conducta	8 - 9
1.3.Etiología	9 - 12
<i>1.3.1. Factores de carácter y la personalidad del niño</i>	<i>9 - 10</i>
<i>1.3.2. Factores ambientales</i>	<i>10</i>
<i>1.3.3. Factores genéticos</i>	<i>11</i>
<i>1.3.4. Factores neurobiológicos</i>	<i>11</i>
<i>1.3.5. Factores pre-natales y peri-natales</i>	<i>11</i>
1.4.Comorbilidad	12 - 13
1.5.Detección y diagnóstico.....	13 - 17
1.6.Intervención y metodología para el manejo del niño con Trastorno Negativista Desafiante	18 - 22
<i>1.6.1. Intervención conductual</i>	<i>18 - 22</i>
<i>1.6.2. Intervención con fármacos</i>	<i>22</i>
1.7.Necesidades educativas para los niños con Trastornos Negativista Desafiante y Trastornos Graves de Conducta	22 - 23
1.8. Justificación del Trabajo Final de Grado	24
2. OBJETIVOS	25
2.1.Objetivo general	25

2.2.Objetivos específicos	25
3. METODOLOGÍA	26 – 29
4. RESULTADOS	30 - 46
4.1.Intervención realizada en un caso real, concluyendo los resultados de este	30 - 35
a) <i>Intervención en el aula durante tres meses</i>	30 - 34
b) <i>Conclusiones prácticas de la intervención realizada con el alumno D.</i>	34 - 35
4.2.Signos de alerta y factores de riesgo para detectar y prevenir del TND e incluso de otros trastornos comórbidos	35 - 37
4.3.Repertorio de técnicas para la intervención en el aula del TND.	38 - 40
4.4.Impacto familiar y la responsabilidad de esta, en el manejo del trastorno, haciendo especial hincapié en el apego y los trastornos del vínculo	40 - 46
5. DISCUSIÓN Y REFLEXIÓN	47 - 53
6. BIBLIOGRAFÍA	54 - 57

Trastorno Negativista Desafiante: Conocimiento, prevención e intervención con un caso real.

- Elaborado por Elena Moreno Catarecha.
- Dirigido por Adriana Marqueta Baile.
- Depositado para su defensa el 11 de Junio del 2014.

Resumen

Los trastornos de conducta son un área de alta relevancia para los profesionales de la educación, debido fundamentalmente a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias tan negativas tanto en el ámbito escolar como en el familiar y social. El objetivo principal ha sido analizar el Trastorno Negativista Desafiante para identificar signos de alerta y factores de riesgo en las aulas, que permitan detectar y prevenir posibles casos de Trastorno Negativista Desafiante e incluso de otros trastornos comórbidos.

Se propuso una amplia variedad de escalas que podrán ser utilizadas por los docentes en el aula para la detección temprana de este trastorno. Vital fue el desarrollo de una intervención conductual sobre un caso real de Trastorno conductual, la cual nos permitió obtener conclusiones sobre las estrategias utilizadas, permitiendo la apertura de futuras líneas de investigación.

Palabras clave

Trastorno Negativista Desafiante, prevención, contexto familiar, docentes, intervención, apego.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Trastornos Graves de Conducta.

Históricamente, los Trastornos Graves de Conducta denominaban a una serie de niños, con malos comportamientos, maleducados o niños con escasa estimulación familiar. Hoy en día sabemos que los factores que pueden intervenir son muchos, por lo que debemos mirar más allá de estas dos características.

El Trastorno Negativista Desafiante pertenece a un grupo de Trastornos Graves de Conducta. Estos se pueden definir como *“un conjunto de comportamientos que presenta una persona a lo largo del tiempo, que entraña consecuencias negativas para sí mismas y para aquellos que le rodean”* (Ruiz Díaz, 2010). Este tipo de comportamientos podemos observarlos a través de conductas inadecuadas para su edad, problemas que surgen con la familia por malas relaciones diarias con los padres y/o hermanos o incumplimiento de las normas del hogar. Además estos comportamientos se extienden a otros contextos como el escolar o social. López Sánchez (2005) comparte que en cuanto al contexto escolar suelen aparecer comportamientos irrespetuosos contra sus compañeros, profesores y el resto de la comunidad escolar, y su falta de interés y de comportamiento complicado generan malas notas; en el contexto social aparecerían dificultades en las relaciones con los iguales, además de incumplimiento de las normas sociales, con una conducta rebelde y agresiva, dependiendo del trastorno que presente.

Debemos tener cuidado con los diagnósticos, puesto que es fundamental tener conocimiento sobre el periodo del desarrollo en el que se encuentra un niño, pues no nos alarmaremos porque ocurran algunos episodios de estas conductas a edades determinadas. Es decir, en etapas como en la adolescencia vamos a observar capítulos de oposición, rebeldía, peleas y protestas ante padres y profesores, o agentes de autoridad en general, que surgirán como estrategia para forjar su propia identidad y será pasajero de este periodo evolutivo. Así pues, es fundamental distinguir entre el alumno que tenga algún periodo de rebeldía o agresividad, o aquel cuyas conductas inadecuadas son persistentes y alteran el patrón familiar, escolar y social.

Antes de establecer la clasificación de los Trastornos Graves de Conducta debemos presentar uno de los manuales más importantes en el que apoyarnos para diagnosticar trastornos, es el DSM-IV (First y Frances, 2003). Se trata de un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Los criterios para el diagnóstico del TND, según el DSM-IV (First y Frances, 2003), los conoceremos ampliamente en el apartado 1.6. “*Detección y diagnóstico*”.

Respecto a la clasificación de los Trastornos Graves de conducta, necesitamos conocer que no existe una sola categorización. Esto es debido a la gran cantidad de síntomas que aparecen o pueden aparecer, lo que hace muy difícil establecer una clasificación.

Nos vamos a centrar en la clasificación que nos presenta la cuarta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales presentado por First y Frances (2003) (DSM-IV-TR), y en uno de sus epígrafes clasifica a estos trastornos como *Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador* y son:

- Trastorno Disocial
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad
- Trastorno negativista desafiante

Es importante tener un conocimiento general sobre las principales características de estos trastornos, de manera que podamos ampliar la visión del docente en las aulas, donde detectar posibles casos de alumnos con este tipo de trastornos, o que se encuentren en riesgo de padecerlos. Para adentrarnos en este conocimiento, presentamos una sucinta descripción del Trastorno Disocial y del Trastorno por déficit de Atención con o sin hiperactividad, y conoceremos ampliamente el Trastorno Negativista Desafiante, que será el principal concepto de estudio a lo largo del trabajo.

1.1.1. Trastorno Disocial

El trastorno disocial consiste en un conjunto de patrones de conductas antisociales manifestados por los niños o adolescentes, que provocan un deterioro importante en el funcionamiento cotidiano en casa y en la escuela, o bien las conductas se consideran como inmanejables por las personas significativas del entorno del sujeto (Caballo, V.E., Simón M.A., 2004). Los niños o adolescentes presentan desviaciones en el extremismo, duración y consistencia de las conductas antisociales persistentes. Varios teóricos han propuesto un continuo de conductas antisociales, que va desde actos manifiestos hasta actos encubiertos.

Para poder diagnosticar a estos niños con este trastorno deben tener un comportamiento repetitivo y persistente, por el que se violan los derechos básicos de los demás o importantes reglas o normas sociales apropiadas a la edad, tal como lo manifiesta la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios en los pasados doce meses.

- Agresión a personas o animales.
- Destrucción de la propiedad.
- Engaño o robo.
- Violaciones serias de las reglas.

1.1.2. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

En cuanto al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad podemos decir que se articula a través de tres conceptos clave: Falta de atención, impulsividad y sobreactividad (Caballo, V.E., Simón, M.A., 2004). Según Barkley (1990) estos síntomas se inician en la primera infancia, son de naturaleza crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales importantes.

Es fundamental saber que para poder diagnosticar definitivamente este trastorno debe darse al menos en dos contextos diferentes, que el niño haya cumplido al menos los siete años, que la alteración se observe desde la primera infancia, es decir, desde los dos o tres años, y que exista una grave afectación de los aprendizajes y de la integración social.

Por otra parte, López (2005) muestra una clasificación, diferente a la anterior, de los problemas que pueden aparecer en el aula.

- Problemas emocionales (ansiedad, angustia, tristeza, llanto, timidez excesiva), dificultad para relacionarse, desinterés académico, cambios bruscos en el rendimiento escolar e inadecuada relación con los profesores y compañeros.
- Síntomas. Estos problemas emocionales pueden manifestarse a través de Tics, enuresis diurna o nocturna, encopresis, etcétera.
- Otros síntomas que pueden generar problemas de conducta son fobia escolar, rechazo al profesorado y a los compañeros, resistencia a ir a la escuela, agresividad, robo, vandalismo, mentira o agresión verbal y física.

1.1.3. *Trastorno Negativista Desafiante.*

El *Trastorno negativista desafiante* (TND) suele ser diagnosticado en la edad temprana y se caracteriza, fundamentalmente por comportamientos negativistas, desafiantes, desobedientes, no cooperativos y hostiles hacia sus figuras de autoridad del contexto próximo. Además desarrollan un carácter irritable y de enfado continuo.

Debemos tener en cuenta, tal y como hemos explicado anteriormente, que este tipo de comportamiento puede aparecer en los niños y niñas en determinados periodos evolutivos, sin estar relacionados con el TND, simplemente a causa de su búsqueda y formación de la personalidad. No debemos crear alarma si observamos estos comportamientos de manera aislada, sino a partir del momento en el que se den de manera continuada y provoquen déficit en el contexto escolar, social y familiar (Caballo, V.E., Simón, M.A., 2004).

El DSM-IV-TR (First y Frances, 2003) proporciona tres definiciones básicas que fundamentan las características del TND.

- Conducta negativista: se expresa por medio de una terquedad y resistencia persistentes a las instrucciones y una falta de disposición a llegar a un compromiso, a ceder o a negociar con los adultos o con los iguales.
- Desafío: Comprobar deliberada o persistentemente los límites, normalmente por medio de ignorar a los demás, discutir o no aceptar la culpa de sus fechorías.
- Hostilidad: Es indicativa de la agresión verbal, que habitualmente no se acompaña por la más seria agresión física vista en el trastorno disocial.

En el momento que detectemos que podemos estar ante un caso de TND, debemos derivarlo a un profesional del ámbito de la salud para su correcto diagnóstico. Es vital

que el diagnóstico se realice correctamente ya que emitir un falso positivo tendría consecuencias negativas, pero sería peor, si cabe, emitir un falso negativo, pues el niño en cuestión no recibiría la atención y cuidados necesarios.

El profesional, al que niño ha sido derivado, contará con instrumentos y procedimientos para comprobar si este cumple con los criterios diagnósticos marcados en los manuales específicos. La detección precoz del diagnóstico es fundamental para intervenir cuanto antes, obteniendo resultados eficientes y beneficiosos para el niño.

1.2. Prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante y otros Trastornos Graves de Conducta.

Como ya explica Cardo E. et al. (2009), desde que se introdujo el trastorno en el DSM-III como un trastorno diferenciado de otras patologías, las propuestas de conceptualización, diagnóstico y prevalencia han sido diversas. En edades comprendidas entre los cinco y diez años, la prevalencia de los Trastornos Graves de Conducta está entre un 5% en niños y un 2% en niñas. Durante la adolescencia la prevalencia cambia, obteniendo un intervalo entre el 1'5% y el 3'5% siendo mayor en clases sociales bajas, aunque en los últimos años está aumentando la prevalencia en niños con contextos socioeconómicos medios-altos. Estas cifras no paran de aumentar en los últimos años debido a los constantes cambios en la sociedad, y a la falta de recursos especializados para intervenir este tipo de trastornos.

A continuación mostramos dos estudios que aclaran la prevalencia del TND y otros Trastornos Graves de Conducta.

a) El estudio de Cardo, E. et al. (2009) trata el TND y los aspectos relacionados con el evaluador y el sexo. Se demuestra que la prevalencia del TND se puede observar una tasa global del 2-15%, donde se demuestra una variabilidad elevada. Al intentar determinar una tasa de prevalencia existen varios factores que afectan la prevalencia, tales como:

- Las variaciones en la clasificación clínica de los criterios diagnósticos, es decir, si se utiliza el DSM-III-R, el DSM-IV o la CIE-10.
- Los métodos de evaluación.
- La fuente de información y el número de informantes (padres, maestros, cuidadores, niño).

- El tipo de muestra (clínica, poblacional).
- Las características socioculturales.

Respecto al criterio diagnóstico, se debe tener en cuenta que también los mínimos cambios pueden producir grandes diferencias en la prevalencia. Por ejemplo, incluido en el estudio de Cardo E. et al. (2009) se observa una comparación entre el diagnóstico del DSM-III y el DSM-III-R en la misma muestra manifestó que el TND era un 25% menos prevalente cuando se utilizaba el DSM-III-R, en lugar del DSM-III.

La prevalencia varía según dos factores fundamentales, los evaluadores y el sexo (Cardo E. et al., 2009). La prevalencia es mayor si la evaluación la realizan los padres que si la llevan a cabo los maestros. A pesar de que el TND se diagnostica con más frecuencia en niños que en niñas, esta mayor prevalencia puede deberse a ciertos sesgos metodológicos. Sería recomendable validar una escala de TND que tenga en cuenta tanto el nivel de desarrollo del sujeto, es decir, la edad, como el sexo y el ambiente.

b) El estudio de Rowe R. et al. (2002) ha llegado a la misma conclusión, afirmando que el TND es mucho más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. Según el DSM-IV (TR) su prevalencia puede llegar al 16% de los menores de dieciocho años, y no es, en cualquier caso, inferior al 1-2%.

Desde que se introdujo el trastorno en el DSM-III como un trastorno diferenciado de otras patologías, las propuestas de conceptualización, diagnóstico y prevalencia han sido diversas. En edades comprendidas entre los cinco y diez años, la prevalencia de los Trastornos Graves de Conducta está entre un 5% en niños y un 2% en niñas. Durante la adolescencia la prevalencia cambia, obteniendo un intervalo entre el 1'5% y el 3'5% siendo mayor en clases sociales bajas, aunque en los últimos años está aumentando la prevalencia en niños con contextos socioeconómicos medios-altos. Estas cifras no paran de aumentar en los últimos años debido a los constantes cambios en la sociedad, y a la falta de recursos especializados para intervenir este tipo de trastornos.

1.3. Etiología

Existe diversidad de factores que pueden aparecer como causantes de la aparición de un TND, dependiendo de sus características. Los desarrollamos a continuación:

1.3.1. Factores de carácter y la personalidad del niño.

El *carácter* y la *personalidad* del niño son dos factores fundamentales a tener en cuenta en la posible aparición o control del TND. Se dice sobre el temperamento infantil que “son los aspectos prevalentes de la personalidad que muestran cierta consistencia a través del tiempo y de las situaciones” (Kazdin, 1996), y está ligado a una base genética. Los niños con temperamento difícil no se calman con facilidad, son “gruñones” y no se adaptan bien a los cambios ambientales.

Según Farrington (1995) también influyen las variables de los padres, como puede ser la inmadurez y la labilidad emocional, presencia de conflictos, depresión materna y de psicopatología parental. Así pues, podemos decir que las habilidades parentales deficientes, como no prestar atención a las señales significativas del niño, no colocar límites al comportamiento inapropiado y no vigilar de forma constante el nivel de actividad, pueden funcionar también como acontecimientos antecedentes que provoquen y mantengan el desafío. Las influencias de los intercambios personales entre hijos con TND, y sus padres que refuerzan conductas inadecuadas. Los niños con este trastorno y sus padres realizan numerosos intercambios personales que son reforzados “negativamente”. Cuando los niños actúan de manera desafiante, negativa y agresiva hacia sus padres, dicha conducta frecuentemente produce consecuencias positivas o favorables para el niño. Como resultado de estas conductas se fortalecen y ocurrirán con mayor probabilidad en el futuro.

El estilo de crianza, como el estilo paternal punitivo o severo, puede ser un factor determinante en la aparición del TND. Cuando los padres son severos o negativos en sus interacciones con el niño, a veces los propios padres se sienten reforzados gracias a que esta conducta produce obediencia o elimina una fuente de irritación (Patterson, 1982). En efecto, tanto el niño como los padres aprenden a realizar comportamientos negativos y coercitivos cuando se enfrentan con acontecimientos desagradables o aversivos.

1.3.2. Factores genéticos.

En cuanto a los *factores genéticos*, en el estudio de Acosta M. T. (2007) se recoge que aproximadamente un 70% de los niños diagnosticados con Trastorno por déficit con hiperactividad tienen algún antecedente de primer o segundo grado, siendo un

porcentaje ligeramente inferior (68%) en el caso del TND y de los Trastornos Graves de Conducta. Gracias a estos estudios se afirma la importancia que tiene la influencia genética en la aparición de estos trastornos.

1.3.3. Factores ambientales.

En los *factores ambientales* el contexto familiar puede actuar como un factor beneficioso o por el contrario negativo (Ruiz Díaz, 2010). La salud mental de los padres, la relación que establezcan con el niño, los vínculos de apego desarrollados o la presencia de maltrato puede desencadenar en algún trastorno de conducta. La falta de control de los padres sobre el visionado de contenido extremadamente violento tanto en la televisión como en internet puede perjudicar más su comportamiento. También el grupo de amigos, que es el contexto más importante durante la adolescencia, puede influir de forma negativa.

1.3.4. Factores pre-natales y peri-natales.

Los *factores pre-natales y peri-natales* negativos pueden facilitar o favorecer la vulnerabilidad a la aparición de algún trastorno de conducta, pero en este caso debe dar unido a factores genéticos o neurobiológicos. Así pues, los factores de riesgo pueden ser los problemas emocionales de la madre durante el embarazo, la falta de oxígeno en el momento del parto, la maternidad precoz, la ingesta o uso de sustancias tóxicas durante el embarazo, el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer (Ruiz Díaz, 2010).

1.3.5. Factores neurobiológicos.

En cuanto a los *factores neurobiológicos*, diversidad de estudios en animales y humanos revelan que el sistema límbico está directamente relacionado con la agresividad, y que por el contrario, los aminoácidos producen una acción inhibidora de la misma, mientras que altas tasas de testosterona o colesterol bajo, se relacionan con personas agresivas. También en niños víctimas de maltrato conlleva a una actividad reducida de la MAO (monoamino-oxidasas plaquetarias), lo que favorecería la aparición de algún trastorno de conducta (Moffit T.E.,1993; Ruiz Díaz, 2010).

Incluso con toda esta información, las *causas* de este trastorno *no están claras*. Esto es así debido a que existe una *multicausalidad*, lo que hace que puedan aparecer varios

factores simultáneamente, o darse de manera individual, y ser detonantes para el inicio y continuidad del trastorno (Caballo, V.E. y Simón, M.A., 2004). A continuación se muestra una sucinta explicación de las diferentes teorías que intentan explicar el origen de los problemas conductuales:

Teoría del desarrollo. Esta teoría defiende que los problemas de conducta que aparecen en el niño se comienzan a detectar entre el primer y segundo año de vida. Conforme los niños van creciendo, estos problemas van afectando, progresivamente, a otros aspectos como dificultades para aprender a ser autónomos y/o a separarse de la persona que ha ejercido en ellos la función materna, a la que se encuentran excesivamente unidos. Las conductas negativas, en este caso, serían debidas a aspectos del desarrollo que no fueron resueltos en el momento evolutivo adecuado (Ruiz Díaz, 2010).

Teoría del aprendizaje. Desde otro punto de vista, esta teoría intenta explicar la aparición de conductas negativas fijándonos en el contexto que rodea al niño. Así pues, plantea que los comportamientos negativistas son el resultado de conductas negativas utilizadas por las personas del entorno del niño. Nos referimos a castigos, gritos, atención deficiente y agresiones físicas y/o verbales (Ruiz Díaz, 2010). Estos ejemplos que el niño observa y aprende dan lugar a conductas agresivas, desafiantes y rebeldes, con las que obtiene la atención de estas personas de apego, gracias a unas conductas inapropiadas. Cuando estas personas responden a las conductas negativas mostrando su atención, lo que consiguen es reforzarlas, favoreciendo su próxima aparición. El niño aprende la relación causa-efecto, la cual repetirá al haber obtenido efectos positivos para él.

1.4. Comorbilidad

La mayoría de los niños con TND, frecuentemente, tienen un diagnóstico comórbido de TDAH, y/o un potente factor de riesgo para el trastorno disocial. El 80% de los niños con TND, acaban teniendo un trastorno disocial durante más de tres años.

Otros trastornos asociados al TND son los trastornos por ansiedad, por depresión, de somatización, de comunicación, afectivos, específicos de aprendizaje, abuso de sustancias y debido a las conductas impulsivas suelen ocurrir lesiones o accidentes.

En el estudio de Martín, V. et al. (2014) se analiza la comorbilidad entre el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y los trastornos de ansiedad (TA) en preescolares de

población general, y el deterioro funcional con que se asocian. En este estudio 622 niños fueron evaluados a los 3 y los 5 años con una entrevista diagnóstica. Se compararon 3 grupos diagnósticos: únicamente TND, únicamente TA y comorbilidad TND+TA. Los resultados concluyeron que a los 3 años se halló asociación entre TND y fobia específica y a los 5 años entre TND y ansiedad por separación, ansiedad generalizada, fobia específica y/o fobia social. La presencia de TND a los 3 años permitió prever la ansiedad de separación a los 5 años. La comorbilidad se asoció con un mayor deterioro funcional en la escuela y en el comportamiento hacia los demás. El sexo y nivel socioeconómico no se asociaron al grupo diagnóstico.

Por tanto, podríamos concluir que la comorbilidad TND+TA se puede identificar en edad preescolar y que es necesaria la detección temprana de estos trastornos para el adecuado tratamiento de los niños afectados.

1.5. Detección y diagnóstico.

Debemos saber diferenciar dos fases fundamentales relacionadas con los trastornos, o cualquier otra enfermedad. Para poder realizar un diagnóstico, en primer lugar debe darse una detección. Así pues, la *detección* es el descubrimiento, mediante la recogida de pruebas o señales, de la presencia de un fenómeno que no puede ser observado directamente. Mientras que el *diagnóstico* es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona. Es un proceso a través del cual se identifica una enfermedad, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad.

Los maestros van a tener un importante papel en la detección. Además si hablamos maestros de centros de educación infantil (hasta los tres años), o de la etapa de educación infantil (tres-seis años), podremos definirla como detección temprana. Al detectar tempranamente se amplían las posibilidades de actuación y mejora del pronóstico, obteniendo resultados muy positivos gracias a la plasticidad de los niños en edades tempranas.

En el proceso de diagnóstico el maestro habrá facilitado información, y gracias a esto y a otros datos recopilados, el profesional de la salud adecuado emitirá un diagnóstico.

Los maestros pueden hacer llegar la información de diferentes maneras, pero la más habitual es a través de escalas de diagnóstico. En estas escalas dirigidas a maestros, simplemente deben rellenar los datos que les solicita, y una vez rellenada pasará a

manos del especialista para interpretarla y poder emitir el diagnóstico, y a que los maestros nunca van a interpretar las escalas que rellenan y mucho menos, determinar el diagnóstico.

En el punto 4.3. de los resultados, podremos encontrar definidas algunas de las escalas utilizadas por los docentes para detectar TND en el aula, o cualquier otro trastorno comorbido. Las pruebas que desarrollaremos serán: Test ESPERI, Teacher's Report Form (TRF), Inventario de Depresión Infantil (CDI) y Escala o Test de Conners para Profesores (CTRS-39).

Además, los maestros realizan la detección gracias a la identificación de señales de alerta como traumas infantiles, familias desestructuradas, entorno socio-cultural inadecuado, progenitor adolescente y/o con algún tipo de trastorno, niños institucionalizados o adoptados, entre otros. Veremos desarrollados ampliamente los signos de alerta en el punto 4.2.

Como ya explican Alonso Bada y Vacas Moreira (2008) establecer un diagnóstico diferencial tiene mucha importancia para no generar falsos positivos o falsos negativos. Ambas situaciones generarían problemas graves al paciente en cuestión, como por ejemplo recibir tratamiento farmacológico para una enfermedad o trastorno que en realidad no tiene, además de estar desatendiendo las necesidades reales debido al diagnóstico erróneo. Así pues el TND se distingue del Trastorno Disocial por la gravedad de los síntomas y no se diagnostica si existe éste. También puede asociarse a los trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos de niños y adolescentes, por lo que no se diagnostica si se hace con éstos. Se diferencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad por la falta de intencionalidad al no seguir las órdenes y en este el desafío no es tan frecuente. Si se desarrolla una cuidadosa observación, permite que no confundamos el síndrome con el Trastorno de Comprensión del Lenguaje y del negativismo o rebeldía de algunas etapas evolutivas (Alonso Bada, S., Vacas Moreira, R., 2008). En la tabla 1, mostramos el diagnóstico diferencial de la conducta agresiva en la infancia, separando los trastornos psiquiátricos de los no psiquiátricos.

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de la conducta agresiva en la infancia.	
Trastornos psiquiátricos	Trastorno bipolar Trastornos adaptativos Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno Disociativo Trastorno por estrés postraumático Trastorno psicótico Trastorno Generalizado del Desarrollo Piromanía Parafilias Trastorno Negativista Desafiante Trastorno Disocial
Trastornos no psiquiátricos	Traumatismo Craneoencefálico Accidente cerebrovascular Delirium Enfermedad neurológica crónica Proceso infeccioso cerebral Neoplasia cerebral Trastorno metabólico Trastornos de conducta secundarios a fármacos Trastornos conducta secundarios a drogas

En la actualidad existe una controvertida relación entre TND y Trastorno de Conducta (TC). Según Acosta M. T. (2007) el TND y el TC están muy relacionados, pero la naturaleza de esta relación es controvertida. Algunos autores consideran que el TND aparece como la forma leve del TC, o su precedente; sin embargo, algunos estudios recientes defienden que el TND es una realidad propia con unos factores genéticos y socioculturales diferentes al TC.

Aunque el TND y el TC comparten factores de riesgo y habitualmente se asocian de forma comórbida, la mayoría de los TND no acaban desarrollando un TC.

Los criterios de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del DSM-IV (First y Frances, 2003) establecen una jerarquía entre estos trastornos, de manera que un diagnóstico excluye al otro; por esta razón, muchos de los estudios empíricos los han englobado utilizando el grupo TND/TC, lo que dificulta aún más la conceptualización y la prevalencia de éstos.

En el ámbito educativo, los docentes deben atender a los signos de alerta nombrados anteriormente y utilizar otro tipo de instrumentos, como técnicas proyectivas, gracias a los cuales descubriremos estos signos de alerta. Otros especialistas requieren procedimientos más científicos para recabar la información y emitir unos resultados.

Se podría decir que la evaluación del TND es multimodal, debido a que conlleva varios métodos y objetivos interrelacionados. Por ejemplo, los procedimientos de evaluación se utilizan con los propósitos de cribado diagnóstico, determinar la gravedad de los problemas presentados, establecer un criterio pretratamiento, o línea base, con el que evaluar los efectos de la intervención terapéutica y aislar las condiciones que parecen contribuir y mantener las dificultades conductuales.

El diagnóstico del TND está basado fundamentalmente en la evaluación clínica, teniendo en cuenta los criterios diagnóstico que indica el manual DSM-IV-TR. Además, es vital la información que nos puede proporcionar el sistema de multi-informantes. Este sistema consiste en la entrevista con los padres del niño con TND, sobre la evolución de las diferentes etapas del desarrollo del niño y su comportamiento. También puede constar de un examen directo con el menor, una revisión de la información que proviene del profesor de la escuela. Además siempre es importante contar con la historia clínica completa con antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo, y conocer cuando consultar con otro especialista y cuando referirlo a otro nivel de atención. Este trastorno también puede ser evaluado a través de métodos, que son “camino” trazados por medio de reglas y procedimientos que conducen a un fin. Requiere un orden lógico de pasos para llegar correctamente a la meta.

Por otra parte las *Escalas de evaluación conductual* demandan que un informador indique la presencia, frecuencia y/o gravedad de las conductas y se obtienen una o más puntuaciones que definen el perfil del niño, normalmente en relación con nuestra

normativa (Angulo Domínguez M. C., et al, 2007). Este método de evaluación se basa en las impresiones subjetivas y el recuerdo por parte de la persona que informa de las evaluaciones, es válido como estrategia de evaluación inicial o como un procedimiento que puede ser complementado por otras medidas. El objetivo crítico de la evaluación conductual es conseguir información sobre la frecuencia de las conductas específicas y el contexto en el que tienen lugar. Una ventaja es que permite a los profesionales verificar si los cambios en el comportamiento desadaptativo de los niños, hacen que éste esté dentro de los límites normales después del tratamiento y comparar resultados evaluables a través de distintos estudios; y otra ventaja es que el registro de conductas permite obtener datos importantes, tales como la frecuencia de los comentarios negativos realizados por el niño o el porcentaje de obediencia de las peticiones de los padres.

La evaluación funcional tiene una larga tradición en el campo de las discapacidades del desarrollo y se está incorporando de forma regular en la evaluación de los trastornos del comportamiento perturbadores en el niño.

A continuación se muestra un resumen de los pasos del proceso de la evaluación conductual (Caballo, V.E., Simón, M.A., 2004):

1º Después de confirmar el diagnóstico de TND, cada uno de los síntomas definidos en el DSM-IV-TR se revisará individualmente para determinar aquellos que sean más problemáticos.

2º Cada una de las conductas síntoma se evaluaría por medio de la recogida de datos que, inicialmente, sería realizada en la casa del niño y en la escuela.

Finalmente debemos incluir la evaluación familiar. En primer lugar debería centrarse en la presencia de psicopatología maternal, en las variables situacionales que podrían tener un efecto perjudicial sobre la adaptación de la familia. En segundo lugar, el clínico tiene que abordar el diagnóstico diferencial del TND, especialmente en lo que se refiere a la comorbilidad con el TDAH, el Trastorno Disocial y la presencia de ansiedad y Trastornos de Ánimo.

1.6. Intervención y metodología para el manejo del niño con Trastorno Negativista Desafiante.

Diferentes autores coinciden en que el entrenamiento con padres de niños y adolescentes con TND es de vital importancia y puede llevar a la mejoría del mismo. A continuación mostramos dos tipos de estrategias que pueden ser positivas en el control del trastorno: Intervención conductual y con fármacos.

1.6.1. Intervención conductual

Antes de iniciar una intervención conductual tendríamos que diferenciar si la conducta del niño se enmarca dentro de la normalidad o bien se puede calificar de patológica. Debemos tener en cuenta que no todos los niños con mala conducta son niños con TND. En muchas ocasiones los niños se comportan de manera incorrecta, lo cual se debe al desarrollo normal de la infancia. En estos casos, podríamos proponer una intervención con la familia determinando un nuevo modelo educativo, alternativo al que vienen siguiendo (Ruiz Díaz, 2010).

Para los niños que sufren síntomas realmente patológicos, y no a causa del desarrollo, la intervención irá encaminada a mostrarles quien manda, cuál es la conducta correcta que debe seguir y cuáles son las incorrectas, y esto lo podremos realizar a través dos enfoques, el conductista o el cognitivo.

Ruiz Díaz (2010) afirma que en el *enfoque conductista* partimos de la idea de que la mala conducta es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas. Por ello, el niño aprende que la conducta negativista resulta eficaz cuando quiere conseguir algo. Este enfoque propone que la intervención se desarrolle en diferentes contextos: familiar, escolar y el propio niño. A partir de la década de los ochenta, una de las terapias más utilizadas es el programa conductista “Defiant Children” adaptado por Barkley (1997). Éste consiste en dar gran importancia a la intervención de los padres a través de unas pautas de estructuración del entorno. Este programa consta de ocho pasos en los que se pretende mejorar la conducta del niño, sus relaciones sociales y en el hogar. Si se lleva a cabo correctamente, el niño obtendrá conductas positivas que le ayuden a desenvolverse

y comunicarse en todos los contextos. Se pretende reducir el comportamiento negativo ignorándolo o proporcionando consecuencias negativas como castigos, y aumentar las conductas colaborativas a través de un premio o reconocimiento cuando estas tengan lugar.

Ruiz Díaz (2010) también expone que el *enfoque cognitivo* parte de la idea de que la conducta inapropiada se produce por un retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas concretas (falta de habilidad para regular las emociones, falta de flexibilidad cognitiva o falta de habilidades sociales). Así pues, el problema se vincula a una disfunción cognitiva muy vinculada al lenguaje interno, motivación, control de las emociones y al aprendizaje y desarrollo de un comportamiento adecuado. En esta perspectiva, el desarrollo cognitivo tiene un papel importante, ya que si el niño tiene adquiridas las habilidades necesarias para desarrollar un comportamiento correcto podrá hacerlo, pero si no dispone de estructuras internas será incapaz de llevarlas a cabo. Con esta afirmación se pone en entredicho que el niño pueda actuar de manera correcta si él quiere. También se da importancia a las relaciones familiares, y a la importancia de patrones de conducta adecuados en los adultos. Este enfoque se mezcla con la perspectiva conductista. Pues, a parte de las habilidades cognitivas, es fundamental la aparición o no de la comunicación, el respeto y la regulación de la conducta y las emociones, así como en la relación que haya entre ambas generaciones, ya que el niño no aprende por sí solo, sino que este aprendizaje será influencia de los entornos en los que se desarrolla. Las malas relaciones pueden causar episodios de frustración y estallido por parte tanto del niño como del adulto. En este momento pueden hacerse o decirse cosas de las que una vez en calma, ambas partes se arrepientan. Es aquí cuando debe comenzarse la terapia. Una vez que se conoce cuando el niño tiende a explotar, se han de buscar las funciones cognitivas que no tiene y que lo hacen enfurecer. Cuando esto se conoce, los adultos pueden entender mejor el porqué de la reacción y se pueden iniciar los cauces para tratar el problema de forma diferente (Ruiz Díaz, 2010).

Para aplicar el tratamiento de la intervención conductual encontramos diversidad de programas, por esta razón mostramos a continuación unos ejemplos.

a) *Intervención: Entrenamiento de padres*

Según Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2004), el primer objetivo es cambiar las interacciones desadaptativas y coercitivas que existen entre padres y el niño con un

TDO. Estos patrones se consideran tanto como un elemento contribuyente como una consecuencia de los problemas actuales.

Otro objetivo crítico que presentan ambos autores es enseñar a los padres cómo atender y responder a los comportamientos positivos que el niño manifiesta, y se desarrolla a través de los elementos de los programas de entrenamiento de padres:

1. La intervención tiene una tendencia de orientación activa y una orientación de desarrollo de habilidades que difiere de la terapia familiar tradicional que se proporcionaría a través del asesoramiento de forma ambulatoria.
2. El terapeuta adopta un estilo de enseñanza directo que incorpora demostración, representación de papeles, ensayo de conducta y “tareas para casa” para lograr objetivos terapéuticos.
3. El entrenamiento puede realizarse en el gabinete del terapeuta o en una clínica, pero también puede llevarse a cabo en la casa del niño bajo condiciones naturales.
4. Los programas de entrenamiento se basan en un modelo de dominio de la información que requiere que los padres aprendan y demuestren habilidades específicas como un prerrequisito antes de avanzar a otros objetivos de entrenamiento.

b) *Intervención: Programa de interacción de padres e hijos, PCIT*

El Programa de interacción de padres e hijos que propone Barkley (1997) se concentra sobre las estrategias de control consecuentes, también se apoya notablemente en los métodos antecedentes o preventivos para ayudar a los padres a anticipar situaciones difíciles y evitar la ocurrencia de las conductas de desafío (Luiselli J. K., Cameron M. J. 1998). El programa se compone de los siguientes diez pasos:

1. Entender las causas de la conducta inadecuada del niño.
2. Aprender a utilizar la atención de formas más eficaz y eficiente.
3. Aumentar la obediencia y el juego independiente.
4. Poner en práctica un sistema de economía de fichas.
5. Utilizar el tiempo fuera y otros procedimientos disciplinarios.
6. Extender el tiempo fuera a otras conductas inadecuadas.
7. Anticipar problemas y manejar el comportamiento en lugares públicos.
8. Mejorar la actuación en la escuela.

9. Diseñar intervenciones de cambio de conducta para problemas futuros.
 10. Sesiones de apoyo para evaluar la adhesión de los padres al tratamiento.
- c) *Intervención: Entrenamiento en habilidades cognitivas* (Kazdin 1996).

El entrenamiento en habilidades cognitivas enseña al niño con un TND habilidades compensatorias para mejorar la adaptación en la casa y en la escuela y para responder más eficientemente cuando se enfrente con situaciones conflictivas.

Un objetivo es enseñar a los niños a evaluar sus percepciones sobre el mundo, sus interpretaciones de los acontecimientos de la vida y sus atribuciones sobre el comportamiento, y otro objetivo es enseñar a los niños a afrontar situaciones difíciles y a responder a acontecimientos “desencadenantes” abordando la autoverbalizaciones y otros esquemas organizadores.

Pasos o métodos comunes

- El entrenamiento se lleva a cabo en 20 sesiones semanales (cada sesión de 40 a 50 min).
- Los procedimientos se pueden aplicar en el contexto de la terapia individual o en un grupo.
- El entrenamiento se centra en enseñar autoinstrucciones verbales a los niños como un enfoque para la “solución de problemas”.
- Hay 5 pasos: 1) Definir el problema, 2) Enfocar el problema, 3) Centrar la atención, 4) Elegir una respuesta, 5) Verbalización de autorrefuerzo.
- El terapeuta utiliza tarjetas estímulo que muestran los pasos de la solución de problemas acompañados por un dibujo.
- El terapeuta proporciona alabanza social, aprobación y afecto.

d) *Intervención: Programa de habilidades en solución de problemas de Kazdin et al. (1990).*

Este programa de Kazdin et al. (1990) es “la práctica en vivo”. La práctica implica a los niños a que utilicen sus habilidades de solución de problemas recién adquiridas en situaciones de la “vida real” con la ayuda de los padres, del terapeuta y de otras personas. Cuando se aplican a los comportamientos desafiantes y por oposición, estas sugerencias incluirían tácticas como pedir al niño que realice actividades que no le

gustan mucho o bien hacer una petición y luego solicitar al niño que convenza a los padres de por qué se merece una “recompensa”.

1.6.2. Intervención con fármacos

Como presenta Ruiz Díaz (2010) el tratamiento con fármacos puede servir de gran ayuda ya que actúan ante la alteración del sistema nervioso que se relaciona con la conducta disruptiva. Los más usados son:

- Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina: indicados cuando en el niño aparecen cuadros de ansiedad u obsesión.
- Estimulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: indicados cuando hay problemas de impulsividad o autocontrol.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noreadrenalina: indicados cuando existe ansiedad.
- Antipsicóticos atípicos: se usan cuando existen problemas de conducta en niños con trastorno del espectro autista, cuando hay conducta agresiva.

1.7. Necesidades educativas para los niños con Trastornos Negativista Desafiante y Trastornos Graves de Conducta.

No deberían establecerse las mismas necesidades educativas para todo el alumnado, debido a la gran variedad de síntomas, problemas y alteraciones que surgen. Aun así, vamos a desarrollar las necesidades educativas que normalmente van asociadas a los Trastornos Graves de Conducta (Ruiz Díaz, 2010):

- Un ambiente estructurado y predecible.
- Una ubicación especial en el aula clase que facilite su rendimiento y concentración (se recomienda delante, en las primeras mesas).
- Reducir la estimulación ambiental (controlar al máximo los estímulos distractores).
- Un reforzamiento social más explícito que le facilite la conexión como contingencia de las conductas deseables que queremos implantar y que genere la motivación y la vinculación al proceso.
- Necesidades socio-afectivas relacionadas con las limitadas relaciones con sus iguales y las experiencias de fracaso social.

- Necesidades relacionadas con las dificultades de comprensión y aceptación de límites y normas.
- Necesidades asociadas a la escasa vinculación al grupo clase y a la comunidad educativa. Necesidad de que el centro escolar busque la complicidad con la familia.
- Vigilar su autoestima.
- Contar con recursos que supervisen su trabajo.
- Contar con personas que les acompañen mientras son capaces de aprender las conductas prerequisites para el aprendizaje y el tiempo y lugar requerido en los desplazamientos (para los más pequeños con gran inquietud motora e impulsividad).
- Entrenamiento en:
 - Habilidades de autocontrol y en autoinstrucciones que le permitan regular su impulsividad.
 - Habilidades de orientación y control espacio-temporales.
 - Habilidades de focalización y mantenimiento de la atención.
 - Habilidades metacognitivas que le ayuden a reflexionar sobre sus propios procesos mentales, lo que hace y cómo lo hace.
 - Habilidades de solución de problemas. (Definición del problema, comprensión de los sentimientos y objetivos propios y del otro, generación creativa de alternativas, valoración en base a las contingencias, toma de decisiones y feedback).
 - Habilidades socio-afectivas que le ayuden a ponerse en el lugar del otro (escucha activa, comunicación no verbal, empatía y toma de perspectiva).
 - Habilidades sociales y asertividad que desarrolle sus competencias sociales y emocionales facilitando sus relaciones interpersonales y su adaptación social y escolar. Habilidades relacionadas con la generación de locus de control interno y responsabilidad personal.
 - Habilidades grafomotrices y visoperceptivas.
 - Habilidades de comunicación lingüística oral y escrita.

1.8. Justificación del Trabajo Final de Grado

El número de niños con TND es cada vez mayor, pero existe un gran desconocimiento de este trastorno en la sociedad general. Por esto podemos considerar que será de gran ayuda, sobre todo para el futuro docente, conocer ampliamente este trastorno, y especialmente, cómo abordarlo. En las consultas rutinarias pediátricas se detectan los trastornos más graves como el síndrome de down o la ceguera entre otros, pero la escuela es el segundo ámbito más importante en el que se detectan trastornos que, en principio, no cuentan con indicadores físicos, sino que se van descubriendo a medida que comparas el desarrollo “normal” de los alumnos con el desarrollo inadecuado de algún niño concreto.

Además de la importancia de detectar tempranamente el TND, o cualquier otro trastorno, para efectuar lo antes posible una intervención, consideramos vital el estudio de éste por sus posibles graves consecuencias en el futuro del niño. Si un niño con TND no es diagnosticado, en el futuro nos podemos encontrar con un posible adolescente consumidor de drogas, alcohólico, con conductas antisociales y sin empatía hacia nada ni nadie, incluso pudiendo llegar a padecer otros trastornos graves de conducta como el trastorno disocial. Pero, si hablamos a más corto plazo, un niño con este trastorno, muy probablemente, experimentará consecuencias secundarias como trastornos de ansiedad, trastorno del aprendizaje, déficit de atención, estrés diario, baja autoestima, escasa tolerancia a las frustraciones y depresión.

Probablemente este sea el punto que más debe preocuparnos, y por el cual este trabajo va a tratar de facilitar toda la información posible. Por ejemplo, que un niño de cuatro años pueda dar patadas a los adultos o iguales, o decir palabrotas, entre otras cosas, en realidad no es lo más grave, pero si estas situaciones no las reconducimos de manera adecuada y desde todos los contextos, entonces cuando este niño sea mayor sí que nos podemos encontrar con un caso realmente grave de conducta disocial, pudiendo llegar a ser incontrolable.

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo general

Conocer los signos de alerta y factores de riesgo para facilitar la detección y prevención del TND, e incluso de otros trastornos comórbidos, en el contexto escolar.

2.2.Objetivos específicos

Analizar y evaluar la intervención realizada en un caso real, concluyendo los resultados de este.

Analizar acerca del impacto familiar y la responsabilidad de esta, en el manejo del trastorno, haciendo especial hincapié en el apego y los trastornos del vínculo.

Ampliar el repertorio de técnicas que podemos utilizar para la prevención y detección en el aula del TND.

3. METODOLOGÍA

Para desarrollar la investigación ha sido necesario recurrir a una revisión bibliográfica extensa, donde poder comparar datos o seleccionar la información más actualizada para no dar lugar a error. Me he apoyado en bases de datos como Pubmed y Dialnet, además en revistas científicas como Revista de Neurología o Psicothema entre otras, y diversidad de libros o artículos que me ampliaran datos e información tanto del TND como de la información adicional y necesaria.

Debido a las prácticas IV, he podido desarrollar íntegramente una intervención de modificación de conductas. El sujeto de estudio es un niño, al que identificaremos como D., cuya edad es de cuatro años, por lo que cursa segundo curso de educación infantil y diagnosticado con TND. La intervención se desarrolla desde el día tres de Febrero del 2014 hasta el treinta de Abril del 2014, en horario escolar, y sin mantener ningún contacto con este sujeto durante el periodo de fin de semana.

Para poder desarrollar la intervención, en primer lugar me reúno con la orientadora del centro para facilitarme la información necesaria sobre el trabajo a realizar. Así pues me explica que seré la encargada de llevar a cabo el programa de modificación conductual que se va a empezar a aplicar en un niño con un reciente diagnóstico de trastorno de conducta.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta sobre este alumno es que sufre la enfermedad de diabetes y esta situación repercute sobre sus conductas. Según la tutora y la orientadora, el niño empeoró mucho su comportamiento después del ingreso de diciembre del 2013, cuando le detectaron este problema de diabetes. Según la orientadora influirá el nivel de azúcar con el que se encuentre en cada momento, ya que puede afectar su vitalidad. Supuestamente, si D. tiene el nivel de glucosa alto podría incrementar su actividad y si lo tiene bajo podría parecer más calmado.

Respecto al *contexto familiar*, la orientadora se encarga de ponerme en antecedentes para poder generarme una comprensión aproximada de la situación familiar.

El *padre* biológico del sujeto de estudio dejó de tener contacto con la madre de su hijo y con este después del nacimiento. La versión materna dice que, desde el nacimiento hasta

la actualidad, el padre no se ha hecho cargo del niño ni a nivel económico, ni personal y tampoco a nivel emocional. Además, la información que traslada la madre a la escuela, identifica al padre con un trastorno psicológico sin saber concretar de qué se trataría.

La baja autoestima de la *madre* deriva en continuas depresiones, generando separación emocional y la no aceptación del niño. En la actualidad la madre tiene pareja estable, y precisamente su pareja y la familia de este acepta y cuidan al niño como si se tratara de su propia familia. El niño responde muy bien ante la nueva familia, incluso a la pareja de la madre lo llama papá. La madre de la pareja, viene a las excursiones para atender a D. y encargarse de comprobar sus niveles de azúcar, siendo muy dispuesta en todo lo que refiere a D. y su actitud con el niño es de total entrega y cariño absoluto. Ella se encarga de establecer unas normas mientras esté a su cargo y si el niño no las cumple, tendrá consecuencias.

El equipo de orientación informa sobre la escasa aceptación que, la *abuela materna*, demuestra hacia el niño, así como sus actitudes negativas hacia él y hacia sus conductas. Además, suele ser la encargada de venir en la hora del almuerzo a controlarle el nivel de azúcar y proporcionar su almuerzo, pero ella no está de acuerdo con esta situación, puesto que querría que el personal del centro escolar se encargara de medir el nivel de azúcar, pinchar insulina si es necesario y proporcionar el almuerzo adecuado según el nivel de azúcar estimado. De esta manera no tendría que asistir nadie a media mañana al centro. En repetidas ocasiones ha pedido formalmente al equipo directivo que la tutora, se encargue de esta acción.

El *abuelo materno* expresa una actitud más cariñosa y positiva hacia D. Además, tienen mucha complicidad ya que al niño le encantan los trabajos manuales con herramientas y suele ayudar a su abuelo en los trabajos domésticos.

Una vez que la orientadora me ha presentado las características principales del contexto familiar de D., se dispone a describir detalladamente el *sujeto de estudio* tal y como aparece a continuación.

D. está diagnosticado recientemente de un trastorno conductual. Las características que más destacan de este niño de cuatro años son su impulsividad, agresividad, escasa capacidad para mantener la atención, y las actitudes desafiantes y negativistas, haciendo que sus actuaciones en el aula desvíen la atención del resto de los alumnos. A su vez

este niño fue diagnosticado en diciembre del 2013 de diabetes, por lo que necesita especial atención en la hora del almuerzo para que nunca coma ningún alimento de sus compañeros. En este momento viene una persona o familiar encargada de D. a comprobar su nivel de azúcar para proporcionarle el almuerzo adecuado.

El desarrollo evolutivo de D. experimenta un desfase a nivel de lenguaje, socialización, autocontrol y psicomotor. Las necesidades de D. son fundamentalmente el autocontrol, aumentar sus tiempos de atención y comenzar a desarrollar el sentimiento de empatía.

El *objetivo principal* que pretendemos conseguir en la intervención con D. es trabajar su control conductual y adaptación a las tareas en el aula. Se pretende que D. aprenda a autorregularse. El equipo de orientación ha puesto especial énfasis en este objetivo y le ha quitado relevancia al desarrollo académico. La razón de esta decisión es que mientras D. no mejore su conducta pudiendo establecer mayores tiempos de atención, no será capaz de establecer un nivel académico normalizado.

La respuesta educativa que se realiza es siempre dentro del aula, ya que trabajar con él fuera de esta sería contraproducente. Es fundamental que D. aprenda a convivir y a respetar a los demás compañeros, para esto la respuesta educativa tiene que realizarse en el propio ambiente de aula para que adquiera los aprendizajes en el contexto natural de socialización.

Las adaptaciones que se realizan no tienen importancia en lo material, sino en el nivel de exigencia que le propongamos, es decir, a D. se le entrega la misma ficha que a los demás, pero cuando D. ha completado la mitad o la ha realizado incorrecta pero manteniendo la atención se le da por válida felicitándolo por el buen trabajo desarrollado. De esta manera podemos decir que adaptamos el fin de la actividad según el nivel de activación de D.

La orientadora finalizó la reunión cuando confirma que tengo los mínimos recursos para desarrollar el programa de modificación de conductas, y me facilita las siguientes pautas:

- Eliminar la atención de las conductas negativas para que no sean reforzadas.
- Utilizar cuatro minutos de tiempo fuera cuando el comportamiento del alumno sea inadmisibles, como por ejemplo cuando agrede a algún compañero.

- Anteponernos a la aparición de las conductas disruptivas encomendándole alguna tarea que le haga desviar la atención de su objetivo negativo.
- Cuando suene la sirena que indica el final del recreo y el alumno en cuestión no acuda a la clase, se cerrará la puerta y, vigilándolo desde dentro, esperaremos a que se acerque por su propia voluntad al aula. Una vez que entre al aula estableceremos cuatro minutos de tiempo fuera.

Una vez finalizados los tres meses de intervención, no mantengo ningún contacto con el sujeto de estudio ni con la familia, pero sí he podido hacer uso de la información recopilada y de la experiencia vivida, tanto para el informe de prácticas IV, como para poder desarrollar esta investigación científica sobre el TND y poder abrir futuras líneas de investigación.

4. RESULTADOS

4.1. Intervención realizada en un caso real, concluyendo los resultados de este.

Durante el periodo de prácticas III y prácticas IV, obligatorias en el Grado de Maestro en Educación Infantil con mención en Atención a la Diversidad, he tenido la oportunidad de desarrollar una intervención, con un alumno de cuatro años, para aplicar un programa de modificación conductual. Toda la información a la que he tenido acceso ha sido facilitada por el equipo de orientación del centro escolar, a través del proceso explicado en la metodología, con el objetivo de aumentar mi conocimiento sobre el contexto del caso y, por consiguiente, que la intervención pudiera desenvolverse lo más eficaz y eficiente posible.

a) Intervención en el aula durante tres meses.

En primera lugar al llegar al aula y comienzo a observar y a tomar contacto con D. Las dos primeras semanas D. estuvo probando mi paciencia y mis límites, lo cual hizo que fueran dos semanas muy duras. Aunque comprendía lo que él intentaba, en ocasiones, no pude evitar cometer errores como prestar atención a conductas inadecuadas, haciendo que D. obtuviera lo que él quería.

A modo de anécdota y para mostrar mis propios errores, pero también aprendizajes, explico una ocasión que me ocurrió dentro de estas dos semanas. D. llevaba las dos semanas agredíendome a través de patadas, arañazos y manotazos, tengamos en cuenta que lo hacía con la fuerza de un niño de cuatro años, por lo que no me causaba mayores daños. Uno de estos días estaba desprevenida y al darme un manotazo me hizo daño. Esto hizo que me enfadara y le prestara toda la atención del momento diciéndole muy enfadada “a mí no se me pega”, lo que ocurrió a continuación fue que D. esbozo una sonrisa mientras me miraba. En este instante me di cuenta de mi gran error, prestarle atención a través de una reprimenda y reforzar su actitud violenta, dando lugar a la próximas repeticiones para obtener el mismo resultado. Pero a partir de este momento cambié totalmente de “modus operandi” a este respecto.

Cuando posteriormente me agredía no le prestaba ninguna atención, ni si quiera me apartaba. Así, progresivamente, la fuerza de sus golpes iba debilitándose pero continuaba buscando una mirada por mi parte, que no se daría. Cuando habían acabado

totalmente los golpes, D. se quedaba por un momento desconcertado mirándome sin moverse, como si no supiera que pasaba. Cuando dejaba de mirarme, y no antes, me agachaba a darle un beso y decirle que en ese momento estaba muy guapo y se estaba portando muy bien. Con esto trataba de reforzarle su conducta tranquila y adecuada.

Respecto a las agresiones sobre los niños intentaba hacer algo parecido. Cuando les pegaba simplemente los alejaba de él, sentando a los compañeros en otro lugar, o simplemente me interponía entre ellos sin prestar atención ni emitir ninguna palabra. Si era necesario solamente miraba a la persona agredida, pero nunca a D.

Decidí hacerlo así porque el tiempo fuera no estaba funcionando. Al salir del aula comenzaba a jugar conmigo, corriendo por el pasillo, o entrado a las clases. Se supone que en el tiempo fuera no debía prestarle ninguna atención, simplemente estar ahí por si hubiera algún peligro pero, a la vez, tampoco podía permitir que estuviese molestando al resto de aulas, por lo que era inevitable prestarle atención. Como pude comprobar que sentarlo y darme media vuelta no funcionaba, probé otras cosas como sentarme frente a él y al mínimo movimiento sujetarlo y decirle con una voz tranquila que había que estar sentados. Como continuó probándome hablé con A., que sería, a partir de ese momento la persona responsable de mis prácticas, y le expliqué todas las razones por las que no iba a continuar con el tiempo fuera. Dándome su aprobación, propuso que hiciera lo que creyera conveniente y la mantuviera informada.

Algo parecido ocurría en clase, casi todas las conductas negativas e inadecuadas tenían como finalidad llamar la atención, así que trataba de no atenderlo y se lo comunicaba igual al resto de alumnos. En muchas ocasiones era inevitable ya que alteraba en gran medida el desarrollo de la clase, lo cual no lo podía consentir.

En estos momentos utilizábamos un cuaderno a modo de economía de fichas, donde colocaríamos punto rojo cuando ocurriera algo inapropiado y punto verde cuando su comportamiento fuera el correcto. En la primera semana funcionaba bien, pues los puntos verdes los recibía con alegría y los puntos rojos iban acompañados enfados. Durante la segunda semana comenzó a sentir indiferencia con los puntos rojos, pues le daba igual que se lo pusieramos. Por esta razón volví a hablar con A. para plantearle la situación y le expliqué que últimamente me estaba limitando a colocarle solo los puntos verdes para utilizarlos de refuerzo porque pensaba que los puntos rojos no ayudaban a

eliminar las conductas, sino que de alguna manera las estábamos enaltecendo por lo que simplemente eran ignoradas, ni siquiera castigadas, dentro de unos límites.

A. me propuso que continuara solo con los puntos verdes, porque le parecía adecuado no ensalzar las conductas negativas, y me comento que buscaría otro tipo de economía de fichas basado en mis aportaciones. Así fue, y a los días me facilitó una tarjeta donde estaban situadas a la derecha las iniciales de los días de la semana y a continuación de cada inicial siete caritas sonrientes en blanco y negro. Le explicamos a D. el funcionamiento, en esta tarjeta solo se podían poner puntos verdes, pero a diferencia del anterior cuaderno, en esta tarjeta los puntos verdes se pueden borrar. Si al final del día estaban coloreados los siete puntos verdes D. obtendría un premio, y sino no. El premio eran unas fichas con dibujos donde ponía frases del tipo “Hoy D. se ha portado fenomenal, enhorabuena”.

Siguiendo la nueva plantilla de economía de fichas, y sin utilizar el tiempo fuera, D. comenzó a entender dónde estaban los límites. Normalmente D. hacía lo que en cada momento le apetecía, beber agua, ir al baño, jugar con los juguetes, correr por la clase, entre otros, pero a partir de este momento le indiqué unos límites, y cada vez que quisiera hacer algo me tendría que pedir permiso “Elena por favor puedo...”. Si era el momento adecuado le daría permiso, sino no. Al principio, ante las negativas desarrollaba rabietas, pero apartándolo de la clase en un lugar donde el resto de los niños no lo vieran, sin hacerle caso y donde no pudiera hacerse daño, lo dejaba y le decía que cuando estuviera tranquilo volvería a por él. Al principio eran rabietas muy duraderas, pero poco a poco fueron remitiendo, permitiéndome ir a por él en el momento que estaba tranquilo diciéndole que así si podía ir a su sitio a aprender y estar con sus compañeros.

Avanzadas unas semanas las rabietas desaparecen, D. comienza a pedirme permiso en ocasiones para realizar acciones como ir al baño o a beber agua. Cuando es el momento adecuado le doy permiso y le recuerdo que tiene que volver a su sitio, pero el regreso aun no lo tiene muy consolidado dada la variedad de estímulos con los que se puede encontrar a la vuelta.

Cuando no es el momento le explico por qué no se puede ir, pero le indico el momento correcto. Si en alguna ocasión se le olvida pedirme permiso, me levanto a por él, lo agarro y de vuelta a su sitio le explico amablemente que se le ha olvidado. Él intenta

decírmelo en ese momento pero le recuerdo que me lo tiene que decir en el sitio, y hasta que no llegamos no atiendo a explicaciones.

Otra de las pautas que me ha funcionado muy bien es establecer una actitud muy alegre y positiva siempre que me dirijo a D. De hecho, las primeras veces que tomé esta actitud hubiera hecho lo que hubiera hecho, se quedaba sorprendido y desorientado, ya que él esperaba otro tipo de respuesta.

A partir de este momento, también he podido comprobar que cuando comienza a perder la atención, o se cansa de estar en su sitio, me ha servido mucho entablar un tema de conversación que sé que a él le puede interesar. De esta manera, se dispersa y relaja de la situación de atención que tanto trabajo le cuesta. Así pues comenzamos a hablar de tractores, o de herramientas, y me cuenta algunas cosas que él sabe, o que ha realizado con su abuelo.

En ocasiones entablamos esta conversación en susurros en su sitio de trabajo para no molestar, o si no puede hablar de esta manera, le digo que me acompañe a por un papel a la sala de profesores. Es una manera que encontré para anteponerme a sus conductas inadecuadas que comienzan a aparecer cuando se empieza a cansar en el aula. Así evito el castigo, ya que no le doy opción a realizar ninguna conducta inadecuada, y además él se siente muy motivado de acompañarme a por encargos a la sala de profesores. Cuando considero que ya ha descansado, regresamos al aula y le voy agradeciendo que me acompañe y le explico que ahora tenemos la suerte de volver a entrar al aula a aprender.

La agresividad hacia sus compañeros se ha reducido, pero sin llegar a desaparecer. En estos momentos no dejo pasar un solo acto de violencia, y cuando ocurren le indico con voz firme que la primera parte del recreo se va a quedar en clase conmigo, porque ha pegado a su compañero. Cuando llega la hora del recreo y no le dejo salir le explico por qué y me dice en reiteradas ocasiones que no lo va a volver a hacer nunca más, a lo que le respondo que me alegro de oír eso, y que estoy segura de que nunca más lo va a volver a hacer porque ya lo ha aprendido.

En las últimas semanas he seguido este esquema de límites claros y coste de respuesta ante las agresiones, teniendo días con buenísimos resultados y otros no tanto, lo cual puede deberse a multitud de factores, incluyendo mi propia actitud que a veces ayuda y otras veces no, nunca intencionadamente.

Puedo decir que he notado una gran mejoría en D. pero que queda mucho trabajo por realizar, tanto en la escuela como en el contexto familiar. A partir del momento en el que yo acabo las prácticas, el centro va a cuadrar los horarios de los profesores para que la tutora de este aula tenga un apoyo en todo momento.

b) Conclusiones prácticas de la intervención realizada con el alumno D

Tiempo fuera. En este caso concreto no funcionó el tiempo fuera de cuatro minutos, por el que tanto apostábamos antes de comenzar la intervención. Aunque separábamos al alumno de los estímulos reforzadores del aula, como puede ser la atención de los compañeros a las acciones de D., este encontraba en el pasillo, durante el tiempo fuera, la manera de encontrar mi atención puesto que interrumpía en otras aulas o abría la puerta de salida de emergencia, situaciones que debía cortar. Aunque intentaba evitar esas acciones sin prestarle atención o mirarlo, me parecieron situaciones difíciles de controlar. Además, cuando se finalizaba el tiempo fuera, él no quería entrar al aula, pues tenía la situación que quería, un adulto solo para él, sin compañeros a los que pudiera atender.

Comprendo que el problema de que el tiempo fuera no funcionara era culpa de mi actitud de atención hacia acciones que realizaba en el pasillo, pero a la vez, bajo mi punto de vista, comprendo que no podía dejar que ocurrieran situaciones como las de interrumpir en otras aulas, o que D. se asomara por la puerta de salida de emergencia.

Agresividad. La agresividad tanto hacia las maestras, como hacia sus compañeros, disminuye en el momento en el que no obtiene respuesta con esta acción. En las últimas semanas cuando la agresividad había disminuido, pero se apreciaba que iba a ocurrir un episodio de agresividad hacia algún compañero, me acercaba, le sujetaba los brazos rodeando al compañero, y le decía “que abrazo tan bonito” o algún mensaje parecido. También, cuando agarraba a alguien del pelo, le sujetaba la mano y le hacíamos caricias en la cabeza a la vez que felicitaba a D. por ello.

Actitud positiva. Con un niño en el que destacan las conductas negativistas es muy importante desarrollar actitudes positivas, de alegría y disponibilidad adecuada. Suelen ser niños que han recibido muchos castigos debido a sus conductas, y he podido apreciar que también necesitan un voto de confianza donde se sientan valorados por sus virtudes y no juzgados por sus carencias. Personalmente puedo decir que he conseguido

un gran cambio en su actitud dirigiéndome a él sonriente y con cercanía. Así ha reducido su actitud negativista porque le das el ejemplo contrario, y se siente a gusto con esa actitud, tanto desarrollada por él, como por el adulto y le sirve para autoregularse.

Límites. Los límites son fundamentales en la infancia. Cualquier niño necesita límites, y nos lo demuestran buscando miradas de aprobación, entre otras circunstancias. Cuando nunca han existido límites, sea por las causas que sea, es una tarea mucho más complicada de asimilar. Cuando planteemos los límites debemos ser firmes, no atender a chantajes emocionales como por ejemplo rabietas. En caso de suceder este tipo de situaciones debemos emitir un mensaje claro, por ejemplo “Cuando estés tranquilo/a volveré a por ti”. Habitualmente, en las primeras ocasiones cuando volvemos a por el infante porque consideramos que está sin llorar, ni gritar, etcétera... al vernos vuelve a iniciarse la rabieta, pues hay que repetir el mismo esquema. Si somos constantes y firmes observaremos los resultados en menos tiempo del que nos pensamos. Otras situaciones en las que debemos establecer los límites y cumplirlos, es cuando aplicamos coste de respuesta. Antes de plantear la situación debemos ser realistas y saber si lo vamos a poder cumplir. Es tan importante que cumplamos las promesas tanto de premios como de castigos. En mi caso con D. trabajé mucho los límites para levantarse del sitio. Le indiqué que me tenía que pedir permiso para ir al baño o a beber agua. Por sí solo comenzó a aplicar la petición “Por favor, Elena puedo...” para otra serie de actividades o tareas.

4.2. Signos de alerta y factores de riesgo para detectar y prevenir del TND e incluso de otros trastornos comórbidos.

Como explica Angulo Domínguez, M.C. et al. (2007) existen claras evidencias de que el TND es modelado y mantenido por la naturaleza de los intercambios recíprocos entre un niño y los adultos significativos de su entorno. Por consiguiente, las primeras señales de alerta que podremos observar serán las características personales del niño y de los padres, al igual que las variables del contexto que intervienen en la calidad de las interacciones entre el niño y los adultos.

Como maestros, dentro del aula o en el periodo de juego del recreo podremos observar señales del niño que deben alertarnos como reacciones emocionales extremas, irritabilidad crónica, impulsividad y falta de atención (Reyes González, 2005). Estas

actitudes las podemos relacionar con el temperamento infantil, es decir, “los aspectos prevalentes de la personalidad que muestran cierta consistencia a través del tiempo y de las situaciones” (Kazdin, 1996). Los niños que experimentan esta personalidad son difíciles de calmar y no se adaptan bien a los cambios ambientales. Emiten continuamente quejas sobre todos los aspectos que le rodean.

En cuanto a las señales temperamentales de alerta de los padres debemos fijarnos en otros aspectos como la inmadurez y la falta de experiencia para educar a sus hijos. Además experimentan labilidad emocional y suelen ser personas hostiles, con conflictos maritales, con crisis depresivas, sobre todo por parte de las madres, y psicopatología parental (Angulo Domínguez, 2007). La aparición de este tipo de temperamento, por parte del infante y de los padres, puede predisponer para que se produzcan próximamente conductas negativas, desafiantes y de oposición.

Además de los padres, podemos detectar signos de alerta a través del contexto socio-cultural en el que se desarrolle el niño (Presentación-Herrero et al., 2006). Si pertenece a un contexto de nivel económico bajo es probable que la familia viva con preocupaciones y tensión que dificultan la convivencia. Este factor lo podemos detectar observando las vestimentas del alumno, que pueden estar sucias, rotas o viejas, también a través del nivel de higiene, el cual puede estar ocasionado por el descuido de los padres, por no tener acceso a agua, o simplemente para ahorrar gastos. En caso de observar que el alumno se duerme a primera hora en el aula, o si detectamos que come almuerzos de otros alumnos a escondidas, puede significar una carencia de comida en el hogar familiar o la ausencia del desayuno.

Es importante entender las diferentes culturas a las que pueden pertenecer nuestros alumnos. Pues la cultura constituye una fuente de variación para los índices de prevalencia (Cardo et al., 2009). Los padres de diferentes culturas pueden percibir las conductas de diversas maneras según los mínimos y máximos de comportamiento que hayan recibido en su educación. El idioma y vocabulario de cada cultura puede utilizar palabras más o menos extremas para determinar el mismo trastorno. Es decir, debido a los factores ambientales y culturales hay una alta variabilidad en cuanto a las señales de alerta o síntomas.

El idioma también puede ser un detonante donde tenemos que prestar especial atención. Como explican Pliego Prenda y Valero Díaz (2011), con la llegada de un alumno nuevo

al aula, el cual no maneja bien nuestro idioma, o directamente no entiende ni habla nada del idioma del nuevo país, como maestros tendremos que hacer un esfuerzo extra para integrar al alumno correctamente. Este niño va a tener una situación difícil, ya que hasta que empiece a manejar el idioma va a ser una tarea compleja hacerse entender, por lo que pueden empezar a aparecer situaciones poco apropiadas para comunicarse, como por ejemplo pegar a los compañeros para recibir atención.

Cuando el niño sufre una enfermedad ya sea crónica o aguda (con inicio y final en un plazo de tres meses), probablemente va a experimentar sensaciones y emociones de hostilidad, negativismo, dependencia, ansiedad y oposición. Pues su estado de salud está alterado, y aprecia diferencias entre él y los demás iguales. Diariamente tendrá que acudir al aula un adulto para proporcionarle la medicación, es decir, hay una absoluta dependencia del adulto y de la medicación para poder continuar, lo que complica el desarrollo emocional adecuado por no poder seguir los mismos patrones evolutivos de consecución de la autonomía que los demás compañeros. Es una situación difícil que detonará actitudes contradictorias y hostiles del alumno (Serradas Fonseca, 2003; Gonzalez Salazar A. M., 2010).

Los traumas pueden ser otra señal de alarma a la que debemos prestar atención para antepoñernos al desarrollo del TND. Cuando somos informados por la familia de algún trauma vivido, o simplemente el niño te lo hace saber, como por ejemplo a través de sus dibujos, cuando expresa sus miedos, o simplemente lo cuenta, debemos detectarlo y dar la voz de alarma en el equipo de orientación del centro (González Salazar A. M. 2010).

Como podemos apreciar, todos los factores ambientales, genéticos, socio-culturales y vivenciales pueden jugar a favor o en contra del desarrollo de los niños. Por esta razón, como maestras y maestros, debemos detectar tempranamente cualquier señal de alarma que indique la posibilidad de derivar en un TNF o cualquier otro trastorno o enfermedad.

4.3. Repertorio de técnicas para la detección y prevención en el aula del TND.

Existe diversidad de escalas clínicas para llevar a cabo la detección y prevención del TND. Las escalas deben ser aplicadas en todos los ámbitos de influencia para el niño, tales como la familia, más concretamente a los padres, en la escuela a la maestra o

el maestro, y al propio niño. Fundamentalmente tanto la detección, derivación, diagnóstico e intervención, van a tener en cuenta las tres realidades: familia, escuela y niño.

Nos vamos a centrar en las escalas dirigidas a los docentes, las cuales persiguen el objetivo de detectar precozmente para desarrollar una intervención rápida y adecuada, obteniendo los máximos beneficios por actuar tempranamente.

En primer lugar presentamos el test ESPERI (Parrellada Redondo M.J. et al., 2009). La principal utilidad de este es la detección precoz de los trastornos de comportamiento en el aula de niños y adolescentes. El test ESPERI consta de cuatro cuestionarios, uno para niños de ocho a once años, otro para jóvenes de doce a diecisiete y otros dos dirigidos a padres y profesores.

A través de este test vamos a poder obtener resultados sobre la hiperactividad, inatención, impulsividad, disocial, predisocial, negativismo, desafiante, oposicionismo, y podremos comparar resultados entre las pruebas de padres y profesores.

El cuestionario de profesores contiene sesenta y cinco ítems, y cuatro ítems adicionales si el niño tiene más de once años, y aunque es interesante saberlo, no será nuestro caso. La escala incluye cinco preguntas abiertas sobre la historia escolar del alumno.

La escala Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach 1991), tiene como objetivo evaluar los problemas de comportamiento que un niño puede mostrar en la escuela. En la versión completa se incluyen las funciones de adaptación y las secciones de rendimiento académico. Es una escala considerada como una medida totalmente fiable y válida para evaluar los problemas de conducta.

Cada ítem contiene una declaración acerca de la conducta del niño. El profesor será el responsable de seleccionar la respuesta que describe al niño, ya sea en la actualidad o en conductas observadas en los dos meses anteriores. Las opciones de respuesta incluyen: " No es cierto " (0), " Algo o a veces cierto " (1), y " Muy cierto o cierto a menudo " (2) .

El Inventario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 2004), es muy utilizado y tiene gran aceptación por los expertos ya que, desde el punto de vista psicométrico, obtiene unos resultados excelentes. Consta de 27 ítems, pero cada uno de ellos se divide en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de la presencia en el niño o adolescente,

por lo que a efectos de duración, es como si la prueba tuviese 81 elementos. Los ítems contienen los criterios más habituales para el diagnóstico de la depresión infantil.

El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.), proporcionando una puntuación total de la depresión. Puede ser contestado directamente por el niño evaluado, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando es completado por los adultos los ítems deben leerse en tercera persona.

Escala o Test de Conners para Profesores (CTRS-39). Las Escalas de Conners fueron diseñadas por C. Keith Conners en 1969. En un principio el objetivo de estas escalas era evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico. En cambio su uso se ha extendido al proceso de evaluación anterior al tratamiento y comprobando más factores además de la hiperactividad. La Escala de Conners para profesores (CTRS-39) es mucho más breve que la original y está compuesta de 39 preguntas repartidas en 6 factores:

- Hiperactividad
- Problemas de conducta
- Labilidad emocional
- Ansiedad-Pasividad
- Conducta Antisocial
- Dificultades en el sueño

En la versión abreviada para profesores (CTRS-28) las 28 preguntas se dividen en 3 factores:

- Problemas de conducta
- Hiperactividad
- Desatención-Pasividad

Además de los instrumentos presentados como son las escalas, los docentes pueden obtener información a través de otras técnicas. Gracias al seguimiento de cada uno de los alumnos durante el curso, el tutor o tutora puede observar modificaciones leves, moderadas o graves en las conductas de sus alumnos. Este tipo de signos de alerta

permiten que el tutor comience un seguimiento específico sobre el alumno en cuestión, para obtener la mayor información posible en el menor tiempo, y realizar la derivación si fuera necesario. Así pues, la observación es una herramienta fundamental tanto en Educación Infantil como en Primaria.

Otras técnicas que las que se debe apoyar todo maestro son las técnicas proyectivas. En multitud de ocasiones, tanto en Infantil como en Primaria, los alumnos desarrollan dibujos sobre sí mismos, su familia, su casa, o su entorno. Consciente o inconscientemente el maestro lleva a cabo un análisis de la percepción del entorno de cada uno de sus alumnos, pues en este tipo de dibujos podemos encontrar señales de alerta que pueden derivar en próximos o futuros problemas.

Debemos tener claro que estas técnicas no constituyen un instrumento de valor diagnóstico, sino que debemos utilizarlas como un medio de detección.

Cuando el docente realiza este tipo de pruebas sabe que toda respuesta proyectada no es casualidad, sino que es significativa y muestra la personalidad del sujeto. El alumno no es consciente de la relación tan estrecha entre sus respuestas y su mundo interno.

Las técnicas proyectivas evalúan la globalidad del sujeto, es decir, la inteligencia, su personalidad y sus estados emocionales. Por lo tanto, todas las respuestas son válidas y significativas, y se establece la relación entre sus respuestas y el mundo interno.

El maestro debe tener especial cuidado al emitir las consignas para completar el trabajo. Las indicaciones deben ser simples y sin ejemplos, para no contaminar las ideas puras que puedan surgir de los alumnos. Por ejemplo, si el trabajo debe ser dibujar a tu familia, no explicaremos que debemos dibujar al padre, madre, mascotas, etcétera. O cuando desarrollemos el “Así soy” no enumeraremos nuestras partes del cuerpo, dejando que sean ellos los que dibujan según su subconsciente, y en este caso también el nivel de adquisición del propio cuerpo.

4.4. Impacto familiar y la responsabilidad de esta, en el manejo del trastorno, haciendo especial hincapié en el apego y los trastornos del vínculo.

El apego es un vínculo o lazo afectivo intenso, duradero de carácter singular que se establece entre dos personas como resultado de la interacción que les lleva a

mantener la proximidad y contacto en el logro de seguridad, consuelo y protección (Presentación-Herrero et al, 2006). Una persona vinculada halla en otra persona una base de seguridad y refugio emocional al que acudir cuando se siente amenazada. Si los niños hallan la base segura serán capaces de explorar el mundo, posibilitando un adecuado desarrollo. La base de seguridad está totalmente relacionada con el apego. El ser humano desarrolla mejor sus capacidades cuando sabe que hay una o más personas de confianza que irán en su ayuda si tiene dificultades (Gómez Artiga, et al., 2013).

El sistema de apego de Bowlby (Bretherton, 1992) está formado por tres componentes: conductas de apego, el modelo mental de relación y sentimientos asociados a la persona de apego, a sí mismo y a la propia relación. Por lo tanto, este sistema de apego funciona como un sistema de mantenimiento de la seguridad, que apoya la exploración y el aprendizaje del entorno, mientras garantiza protección al niño (Gómez Artiga, et al. 2013). Es importante saber que nadie nace vinculado a nadie, no es innato, sino que es un proceso que se va desarrollando hasta que en la segunda mitad del primer año, aproximadamente, se establece el vínculo.

Con todo esto podremos entender la importancia del vínculo. Presentación-Herrero, et al, (2006) y Gómez Artiga, et al. (2013), afirman que la psicología infantil, gracias a los estudios nuevos y anteriores, alega que tiempos insuficientes de atención o de mala calidad pueden determinar en los niños pequeños, inseguridad, miedos y retraimiento. En algunos casos hablamos del Trastorno del vínculo cuando se han producido rupturas traumáticas en el lazo afectivo niño-madre desde las etapas más tempranas. Diversas pueden ser las causas: abandono, maltrato, separaciones, niños ingresados en centros de acogida y posteriormente adoptados, niños que han estado en incubadoras, etc. La sintomatología se manifiesta desde un retraimiento extremo a conductas disruptivas que cursan con hiperactividad, déficit atencional e impulsividad entre otros. Pero no siempre hacen falta grandes traumas para que un niño pueda desarrollar problemas de vinculación. Las largas jornadas de trabajo de muchos padres, los sustitutos temporales como cuidadoras, muchas horas en la guardería en etapas anteriores a dos años, no facilitan que se establezcan los tiempos y la calidad de relación que muchos niños necesitan (Presentación-Herrero, et al., 2006).

La mayoría de niños que presentan alteraciones en el vínculo afectivo suelen poner a prueba constantemente el amor de sus padres y los lazos que tienen en común. Lo más

incongruente es que lo hacen mediante un proceso sutil de exigencias, manipulaciones, mentiras e, incluso, utilizando comportamientos agresivos y violentos hacia las personas que quieren. También, a veces, contra ellos mismos. Es como si necesitaran constantemente reafirmar la presencia física y la proximidad de los padres, aunque sea para que les riñan. Otros niños presentan somatizaciones frecuentes (dolores de cabeza, supuestas enfermedades para conseguir la atención de la madre). En otras ocasiones, pueden aparecer manifestaciones verbales del tipo “nadie me quiere” en niños muy pequeños, o “me gustaría morirme” en niños a partir de cinco años, normalmente. De hecho un trastorno del vínculo puede derivar hacia un cuadro depresivo. Algunas veces la sintomatología se presenta de forma tardía durante el crecimiento del niño y cuando la seguridad alcanzada en su momento se pierde debido a algún hecho que irrumpe bruscamente en la vida del niño como una enfermedad de la madre, separación de los padres, pérdida de alguno de los padres, cambios repentinos de residencia, etc. Cada niño es diferente y por lo tanto, en la escuela, la maestra va a tener gran importancia, porque intentará conocer la historia y sentimientos del niño, así como los factores de riesgo presentados anteriormente (Presentación-Herrero, et al., 2006; Gómez Artiga, et al., 2013).

En la interacción temprana de los padres e hijos se va a determinar la calidad del apego, que es el producto de las respuestas del cuidador a las señales que el niño emite en su búsqueda de proximidad y contacto. Gómez Artiga, et al. (2013) expone que la sensibilidad parental es fundamental para que se dé el apego seguro, refiriéndose a la habilidad de los padres para percibir e interpretar los mensajes del niño, y dar respuesta adecuada y puntual. Este es un criterio educativo para padres que tiene cuatro fases:

- a) Percibir adecuadamente las señales del niño. Los niños tienen necesidades biológicas pero también afectivas y sociales.
- b) Interpretar correctamente las demandas del niño. Adoptar una actitud de escucha, adaptarse a los ritmos del niño e ir aprendiendo de las consecuencias.
- c) Responder puntualmente a las peticiones del menor. Sobre todo en los primeros años de vida, si las peticiones no son respondidas puntualmente, los niños asocian que sus padres no están disponibles.
- d) Ser consistente en sus actuaciones hacia el niño. Si cada vez emitimos una respuesta diferente, generamos gran incertidumbre en los niños e inseguridad.

Por todas estas razones queda demostrado que la familia alberga un papel muy importante tanto en el origen como en el mantenimiento de los Trastornos del Comportamiento, y por tanto será un elemento básico a tener en cuenta en la evaluación del trastorno, y en la respuesta educativa.

Todas las familias necesitan que se comprenda su situación, pero este tipo de familias más si cabe. Habitualmente prejuzgamos y presuponemos que las conductas inadecuadas de un hijo son resultado del estilo educativo de estos padres y madres. Sin embargo, debemos recordar que el TND y/o los trastornos de conducta no pueden atribuirse solamente a pautas de crianza inadecuadas, ya que normalmente intervienen factores neurobiológicos. Las pautas educativas familiares, son el factor clave, pero a su vez interactuarán con otros factores individuales como por ejemplo el temperamento del niño, o sus características cognitivas; y factores sociales como el contexto social desfavorecido, la propia desestructuración familiar, modelos sociales inadecuados, entre otros, siendo esta interacción y retroalimentación la que dará lugar a dichos trastornos. Las mismas pautas de crianza pueden generar un mayor o menor problema según el temperamento del niño, o según su forma y capacidad de procesar la información.

El factor más relacionado con la aparición del TND y/o los Trastornos Graves de Conducta según el modelo etiológico de Russell Barkley (2004), son las pautas de crianza inadecuadas, por ello pasamos a describirlas a continuación:

En primer lugar, un uso inconsistente e impredecible de las normas. Los padres generan actitudes desequilibradas, en las que en ocasiones ejercen una interacción controladora, intrusiva y de sobreestimulación, pero en otro momento adoptan una postura inaccesible, de indiferencia e infraestimuladora. Estas conductas son los antecedentes del apego inseguro, donde el niño no sabe qué va a ocurrir en cada momento. Entiende que aunque repita la misma acción, la respuesta o actuación de sus padres no tiene por qué ser la misma.

En segundo lugar, hablamos del refuerzo positivo de conductas inadecuadas o desafiantes, que pueden servir para mantenerlas e incrementarlas en futuras interacciones. Este refuerzo suele ser totalmente involuntario, incluso el objetivo es totalmente opuesto, los padres intentarían eliminar las conductas equivocadas, pero al prestar atención se obtiene un efecto rebote. Es el caso de las familias que responden a los deseos y exigencias de los hijos para evitar un enfrentamiento con ellos, o para que

finalice el desplante en una tienda, restaurante u otro lugar público. De esta manera el niño ha conseguido lo que quería porque ha discutido o tenido una rabieta y ésta es la manera por la que los padres o madres aceleran la adquisición y mantenimiento de la conducta impropia.

La siguiente pauta puede ser el castigo inconsistente e impredecible de la conducta, así como la recompensa intermitente e impredecible. Es lo que se ha denominado “crianza indiscriminada”, en la cual el niño es castigado tanto si obedece como si no. Como han hipotetizado Dumas y Wahler (1986), estos métodos crean una gran impredecibilidad social dentro de la familia y especialmente en la relación padres, madres con sus hijos o hijas. Por esto cuando el niño o niña emiten una conducta o respuesta que reduce la impredecibilidad, aunque obtengan una respuesta desagradable de la madre o del padre, será reforzada negativamente y así incrementará su frecuencia. Por lo tanto, el infante puede dar una respuesta desafiante y agresiva a los padres porque esta conducta incrementa la predictibilidad en la relación entre ellos.

Por último, si existe una pauta constante de interacción con agresividad entre los padres y sus hijos, esto puede convertirse en una escalada simétrica, es decir, seguramente irá aumentando la intensidad de la agresividad progresivamente. Esto ocurre cuando el niño o niña, ante un estímulo agresivo o que provoca molestias, emite una respuesta más agresiva que termina con dicho estímulo agresivo o aversivo. Es un refuerzo negativo. Así por ejemplo, cuando los padres intentan imponer una orden como hacer una labor del hogar o recoger los juguetes en el momento en que el niño está viendo los dibujos o jugando con un videojuego, éste suele considerar aversiva esta orden. Entonces el niño puede oponerse, resistirse o escapar de alguna forma de la demanda de los padres mediante discusiones, desafíos, rabietas, agresiones u otras conductas coercitivas que consiguen retrasar el cumplimiento de la orden, aunque sólo sea temporalmente, reforzándose negativamente la conducta oposicionista. La próxima vez que los padres le pidan hacer algo, la probabilidad de que se resista será mayor. Cuanto más insista el padre o la madre en la orden, más intensa será la resistencia de niño, debido al éxito conseguido anteriormente. Aunque estas situaciones se dan con niños pequeños, también es muy habitual que aparezcan en adolescentes. Todos podemos imaginar este tipo de situaciones en adolescentes enfrentándose a sus padres y obteniendo el refuerzo negativo. Es fundamental que los padres aprendan a no ceder en

ninguna orden con un niño o adolescente que está adquiriendo una conducta respondona y resistente.

El mecanismo por el que se establecen muchas conductas oposicionistas, desafiantes o agresivas, es a través de aprendizajes de escape/evitación (refuerzo negativo) y se mantienen porque a menudo tienen éxito al conseguir evitar actividades desagradables solicitadas por los padres. A veces, puede aparecer una conducta agresiva o coercitiva de los padres hacia el adolescente o niño desafiante. Esto es así porque en alguna ocasión pueden haber conseguido, que el niño o adolescente desafiante deje de discutir, lloriquear o experimentar una rabieta y obedezca una orden por haber empleado gritos, amenazas o incluso agresiones físicas al niño o adolescente. Los padres o madres pueden haber descubierto que, aumentando rápidamente la intensidad de su conducta negativa hacia el adolescente, es más fácil que el adolescente se rinda y obedezca, especialmente si el adolescente contraviene inicialmente la orden. De ahí que, en ocasiones posteriores, los padres y las madres puedan aumentar muy rápidamente la intensidad de la conducta negativa hacia su hijo o hija, por la historia de éxitos habidos en acabar con la conducta negativista. Como resultado de todo ello, estos enfrentamientos intensos pueden desembocar en ocasiones en agresiones o abusos físicos hacia el menor por parte del padre o la madre, o en violencia de los hijos hacia los padres. Como podemos observar la situación se convierte en un bucle en el que se intentan superar progresivamente los unos a los otros para lograr el control de la situación.

Falta de supervisión de las conductas de los hijos, sobre todo las que aparecen fuera de casa, y los padres desconocen lo que sucede. Los padres de hijos con problemas de conducta pueden sentir que llegan a un momento de saturación emocional, de resentimiento o impotencia hacia las actitudes de los hijos, y adopten actitudes que eviten la relación con sus hijos para tener menos enfrentamientos y terminar retirándose de la educación de sus propios hijos. A partir de este momento pretenderán pasar menos tiempo con ellos. La idea general es que los padres reducen el esfuerzo que invierten en la educación y supervisión de sus hijos para evitar las situaciones inadecuadas y complejas.

También ocurre simplemente que algunos padres o madres no han invertido tiempo en ejercer su papel de padres o madres, posiblemente porque fueron padres o madres a

una edad más temprana de lo normal, por su inmadurez social, exceso de trabajo, o por padecer trastornos psicológicos o psiquiátricos.

5. DISCUSIÓN Y REFLEXIÓN

Respecto al *caso real* descrito podemos decir que me permitió poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en la facultad, respecto a las técnicas de control conductual, el apego, control de situaciones, entre otros. Sobre todo he podido comprobar como la teoría es diferente a la práctica, pues lo que en trabajos de la facultad era sencillo de aplicar y redactar, en un caso real nada sale como esperas, y tienes que improvisar soluciones inmediatas y eficaces. También hemos aprendido que debemos tener cuidado a la hora de extrapolar los resultados de un caso concreto, puesto que a cada persona le puede funcionar o no una técnica, por ejemplo, con D. el tiempo fuera, en el que yo tenía plenas esperanzas, no funcionó, es más, si algo conseguí hasta que lo dejé de usar, fue aumentar los refuerzos a sus conductas inadecuadas. Debido a este resultado tenemos que aprender a no universalizar los resultados de un caso concreto, e intentarlo con otro caso diferente al que le puede funcionar para controlar su conducta. Con todo y con ello, realizar la intervención ha sido realmente enriquecedor, y poder plasmarlo en un trabajo significa que quizás pueda ayudar a otras personas, lo cual es muy importante.

Gracias a la revisión bibliográfica realizada, hemos identificado la importancia que tienen los docentes en la *detección temprana* de trastornos, u otros problemas, en el aula. Por esta razón es muy importante tener un conocimiento amplio sobre los problemas que pueden aparecer o las *señales de alerta* que detectar, así podremos establecer la derivación y trabajar con el sujeto en cuestión lo más pronto posible, de manera que si el problema no se ha desarrollado totalmente, el tratamiento podría ser más eficaz. Por esto debemos concluir entendiendo que el maestro puede detectar las características temperamentales en el aula gracias a la interacción de los niños con sus iguales, con el propio maestro, conductas desarrolladas en periodos de juego, tiempos que requieren atención, etcétera, mientras que las conductas de los padres van a ser más complicadas de detectar. Tengamos en cuenta que el contacto con los padres es muy limitado, pues coinciden en entradas y salidas del aula y en tutorías. Es más probable que los maestros identifiquen señales temperamentales de alerta si coinciden en parte del trayecto hacia la escuela, que en las propias tutorías donde, los padres con este tipo de conductas generalmente no suelen dar mucha información, ni explicaciones a la maestra. También se encuentran casos de padres o madres que en las tutorías se explayan dando datos del comportamiento del niño en casa, y suelen expresarlo con

sentimientos negativos y de desprecio hacia el niño. Sean expresivos o no los padres y madres, los maestros deben detectar las mínimas señales de alerta para derivar el caso y, posteriormente, colaborar con la familia a través de tutoría y la intervención con el niño (Angulo Domínguez, M.C. et al., 2007; Presentación-Herrero et al., 2006; Cardo et al., 2009). Gracias a Angulo Dominguez et al. (2007) llegamos a la conclusión de que la inmadurez de los padres es un factor muy determinante para la aparición de emociones contradictorias y conductas hostiles. En ningún momento se duda del amor que sienten hacia su hijo, pero también experimentan potentes sentimientos de rabia hacia él. Sienten que el niño es el culpable del cambio en sus vidas, del aumento de deberes para los padres y disminución de derechos. Esta situación es fácilmente observable en la hora que finaliza la jornada escolar y vienen a recogerlo. Pues se puede observar una supuesta actitud de desgana, ausencia de cariños hacia el niño al recibirlo y poca atención. Son padres que no suelen solicitar tutorías, aunque cuando la tutora les cita, normalmente sí acuden, pero tampoco demuestran demasiado interés, o simplemente critican la actitud del niño en casa, sin dar muestras de tener parte de responsabilidad en esas actitudes. Como hemos visto, otros signos de alerta como la observación de una inadecuada higiene del niño o la carencia de alimentación, deben ser detectados rápidamente, pasando a tratar el tema directamente con la familia desde la comprensión, pero sin rodeos, ya que si el caso continua, será derivado a los servicios sociales. Desde el centro escolar se puede tratar el caso de necesidades básicas insatisfechas junto con los padres, tratando de buscar soluciones que les ayuden a superar esta situación. Por ejemplo, el maestro o el centro escolar puede facilitar direcciones de Organizaciones No Gubernamentales que den alimentos básicos para familias con necesidades, escribir el currículum vitae e imprimirles copias para que puedan buscar trabajo, dar consejos de ahorro, indicar asociaciones donde puedan darles ropa de segunda mano en buen estado, entre otras. Respecto a las señales de alerta que hemos aprendido sobre la cultura y el idioma, debemos concluir que los maestros deben plantearse la situación de manera que durante el horario escolar los alumnos reciben su educación, y en este periodo tratarán que dentro del aula se cumplan las normas básicas de respeto y convivencia que consideren fundamentales y adecuadas. La intención es que estas normas se extrapolen a la vida fuera de la escuela, pero hay que comprender que cada familia también trata de imponer sus propias normas y valores en función de su cultura. Las normas y valores de cada familia pueden coincidir con las del docente o no, y hay que respetarlo, pero siempre dentro de unos límites. Por ejemplo, si un niño se desarrolla en un hogar en el

que el padre, devalúa a la mujer hasta extremos de agresividad, en primer lugar se debe informar de esta situación a la policía, y en segundo lugar se podría trabajar en el aula a través de cuentos, juegos y videos la igualdad de sexos, el respeto y la no violencia, de manera que sea un mensaje para toda la clase, pero en especial para el alumno en cuestión (Pliego Prenda, Valero Díaz, 2011; Cardo et al., 2009). Para concluir respecto a los signos de alerta, se puede apreciar que los maestros tienen un papel vital en este proceso de detección y cuanto antes se comience a actuar ante un caso, es muy probable que los resultados sean muy positivos.

También apreciamos que un maestro debe contar con *recursos* adecuados para *tratar con las familias* de la manera más cercana posible, pero sin generar situaciones violentas. Es importante que se conozcan las fases que serán superadas por las familias que tienen hijos con problemas, ya que sí conocemos en qué momento se encuentran, puede ser más sencillo ayudarlos. En la aceptación del problema de un hijo, sobre todo las madres, suelen desarrollar trastornos de ansiedad y/o depresivos. No entienden por qué les pasa esto, ni por qué el comportamiento de su hijo es el que es. El maestro y tutor del niño tiene un papel muy importante con esta familia. Esté diagnosticado o no, está claro que la actitud de esta familia no es adecuada, y el maestro puede aprovechar las tutorías para conocer a la familia, sus intereses, inquietudes, conectar con ellos, entender su perspectiva y, después de todo esto, ayudarles a modificar sus actitudes respecto al niño. Puede ser una intervención directa con los padres, o simplemente la emisión de consejos de la tutora que ha intentado compatibilizar con la familia para ayudarles (Presentación-Herrero, et al., 2006; Serradas Fonseca, M. 2003). Recordemos que para poder obtener resultados positivos en una intervención con un niño o niña, en primer lugar debemos trabajar con la familia para trabajar todos en una misma dirección y, por esta razón, exponemos una muestra del proceso que deberían atravesar los padres que se encuentran es esta situación de desconocimiento y ansiedad, para aceptar al infante y poder llegar a desarrollar una intervención eficaz:

I) Conocimiento real del TND.

El primer punto es corregir posibles errores de los padres, sobre el conocimiento del trastorno y ayudarles a generar expectativas realistas. Podemos encontrarnos familias que desconozcan totalmente el trastorno, por lo que el especialista podría empezar facilitándoles una definición clara y concisa, con las que entendieran las principales

características. En otros casos, la familia puede tener conocimientos sobre el tema de los trastornos, pero la información que poseen puede dar lugar a error. Pueden haber concebido una idea errónea del trastorno, o simplemente pueden haberlo confundido con otro tipo de trastornos. En este caso, la familia etiqueta al niño, con todas las connotaciones negativas que conlleva que un niño sea etiquetado, pero puede aumentar más la peligrosidad de esta etiqueta cuando es errónea.

Tanto con el TND como ante cualquier otro diagnóstico, es muy importante que entendamos todas las características, y quizás esto nos ayude a observar algunos puntos para poder actuar en consecuencia.

II) Comprensión del estrés.

Una vez que los padres tienen claras las características del trastorno, la segunda fase debe ser guiar a los padres y madres para encontrar el equilibrio entre las demandas de los hijos e hijas, la pareja o los compañeros y sus necesidades. Sea cual sea el problema que exista en casa, en este caso un TND, cada participante sigue siendo una persona única, concreta, con sus necesidades, virtudes y carencias. No debemos olvidar nuestra identidad aunque si hay que coordinarla con la función de padres, trabajadores o no, hijos, tíos, etcétera. Cada persona tiene unas necesidades vitales que debe satisfacer. Además de la nutrición, descanso e higiene, es importante el espacio vital, una autoestima adecuada y equilibrada, obtener apoyo y cariño de las personas adecuadas para no sentir la soledad o el abandono emocional, entre otras. El profesional adecuado debe trabajar para que este mensaje quede claro, y pueda ser desarrollado sin sentimientos de culpabilidad.

Pasar por este tipo de fases es natural para el ser humano, ya que son situaciones emocionalmente complicadas, y nuestra mente trata de defenderse con reacciones de este tipo. Cuando experimentamos la pérdida de un ser querido pasamos por una serie de fases de duelo que, además de ser natural que ocurran, es positivo. Esto es así porque si no viviéramos todas las fases, significaría que no estamos superando el problema o la pérdida del ser querido, y no llegaríamos a aceptarla con naturalidad. Una vez ocurridas hay que tratar de controlarlas y superarlas.

III) Reestructuración cognitiva

A continuación hay que ayudar a los padres y a las madres a desarrollar expectativas realistas sobre sus hijos o hijas y sobre sí mismos. Se debe reducir la huella emocional cuando no se cumplen las expectativas y disminuir el impacto de los comentarios de otras personas. Esta es una fase muy compleja y con un gran trabajo emocional y cognitivo. Al intervenir en un caso de TND, u otros trastornos, tanto la familia como los especialistas, deberían tener claro que los resultados que puedan aparecer van a ser mínimos en un periodo de tiempo largo. Puede haber algún caso que, sorprendentemente, experimente muchos cambios en un periodo corto de tiempo, pero lo normal no es esto. Por esta cuestión hay que ser realistas, además trabajar la paciencia porque son situaciones límite que hacen que pierdas la calma y, en ocasiones, desarrollemos sentimientos de rendición ante el problema.

Cuando el periodo de intervención ya está avanzado, seguro que al realizar una mirada al pasado, los resultados conseguidos se hacen notar, pero este es un proceso muy largo y, sobre todo, complicado emocionalmente para la familia.

IV) Solución de problemas.

Capacitar a los padres y madres para dar respuestas adaptativas a las situaciones estresantes. Incrementar sus sentimientos de autoeficacia y autocontrol, e identificar las necesidades del niño o niña para poder actuar adecuadamente.

V) Habilidades de comunicación

Facilitar la obediencia en las interacciones padres, madres, hijo e hija. Aumentar el apoyo entre la pareja y entender la importancia de no contradecirse delante del niño o niña. También es fundamental la proyección que emitamos con nuestro lenguaje verbal y no verbal. Debemos hablar calmadamente, sea cual sea el mensaje, debido a que de esta manera siempre se entenderá mejor, y permitiremos que el receptor no se sienta amenazado ni inseguro a causa del volumen de la voz o de gestos agresivos.

VI) Estrategias de disciplina

Enseñar el uso apropiado de la disciplina, y apoyar a los padres y madres cuando se sientan superados por el comportamiento del hijo o hija. El profesional encargado debe estar preparado para dar nuevas soluciones cada poco tiempo, ya que irán surgiendo nuevos problemas a lo largo de toda la intervención, pero sobre todo al principio.

Como se puede apreciar, estas fases no son sólo aplicables para el TND, sino para cualquier otro tipo de trastornos, pudiendo extrapolar esta información a la familia que lo necesite.

Respecto a las *escalas*, aunque aparecen presentadas y no está de más conocerlas, la idea fundamental con la que nos tenemos que quedar es que los maestros y maestras rellenan o cumplimentan estas escalas o pruebas, pero nunca interpretan los resultados de las pruebas, ni emiten el diagnóstico. De esto se encargará un especialista, que es al que le llegan las pruebas completadas por los docentes, y este sí deberá interpretarlas, y analizando sus resultados, junto con más datos, podrá exponer el diagnóstico. Como ya sabemos, los datos que aporta el docente deben ser lo más objetivos posible. Son importantes las respuestas que aporte porque, en parte, el futuro de un niño va a depender de estos test o escalas, tanto para bien, como para mal. Respecto a las escalas de detección podemos concluir que consideramos que son un instrumento importante para ayudar en la recopilación de datos sobre el caso a tratar, pero también pueden tener aspectos menos positivos, es decir, dependiendo del caso, las escalas pueden limitar al maestro en sus respuestas, haciendo que exista información omitida, que puede ser relevante o no. Así pues, aunque sean instrumentos muy estudiados, el profesional que va a realizar el diagnóstico debería introducirse en el contexto del niño, y de esta manera obtendrá los datos de las escalas, pero también su propia visión de lo que ocurre en el aula. Esta situación también podría aplicarse al contexto familiar, de manera que entendería más ampliamente las respuestas emitidas en las escalas, tanto por la familia como por el docente.

El *punto fuerte* de este trabajo ha sido la coincidencia de encargarme de la intervención de un niño con Trastorno Conductual durante las prácticas IV. Esto me ha permitido obtener mis propios registros, también poder comprobar qué funcionaba o no, y por lo tanto establecer conclusiones sobre este caso concreto. Además, durante el último curso hemos trabajado en la asignatura de psicopatología, este trastorno ampliamente, al igual que otros, y esto ha sido una ventaja ya que tenía totalmente localizada la información a la que recurrir y su fuente.

Una *limitación* de este estudio puede ser que, al tratarse de un caso específico, la información obtenida, no es muy objetiva puesto que había sido recibida por parte de la tutora de las prácticas y, los datos sobre el padre biológico, por parte de la madre, con lo

cual solo aparece una parte de la información. Este tipo de datos suelen ser subjetivos, por lo que he intentado tratarlos con máximo cuidado para no emitir información errónea o falsa. Otra dificultad me surgió respecto a la comorbilidad. Pues contamos con muchos lugares de información pero la información variaba mucho entre unos y otros. Esto hizo que tuviera que consultarle a mi directora del Trabajo Fin de Grado y concluyéramos uniendo información de diferentes lugares obteniendo la comorbilidad muy completa. Las escalas de detección y prevención del TND han generado limitaciones en el estudio debido a las edades a las que van dirigidas. La gran mayoría suelen estar diseñadas para ser aplicadas a partir de los ocho años, en cambio es necesaria la detección anterior a esta edad. Son escasas las escalas que existen para el periodo de Educación Infantil, aunque anteriormente aparecen algunas de ellas, entre otras de ciclos superiores.

Gracias a toda la información recogida a lo largo del trabajo podemos concluir que es fundamental que las intervenciones siempre sean dirigidas hacia los tres ámbitos fundamentales en la vida y desarrollo del niño, es decir, la intervención sobre el propio niño, sobre la familia de este y en la escuela. Las intervenciones tendrán el mismo objetivo a cumplir pero, a su vez, en cada ámbito será muy diferente por las exigencias de cada contexto. La adecuada coordinación entre contextos será vital para el desarrollo eficaz de la intervención propuesta y para la obtención de los resultados más beneficiosos. Con toda la información concentrada en esta investigación, junto a los datos del caso real y las conclusiones, cabría la posibilidad de abrir nuevas líneas de investigación que nos permitan continuar avanzando sobre el conocimiento e intervenciones ante el TND.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta M. T. (2007). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Revista de Neurología*, 44; 2: 37 - 41.
- Alonso Bada, S., Vacas Moreira, R. (2008). *Trastornos del comportamiento: negativista, desafiante y disocial*. Recuperado de:
<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-psiquiatria-infantil-aep>
- Angulo Domínguez, M.C., Fernández Figares, C., García Perales, F.J., Giménez Ciruela, A.M., Ongallo Chancón, C.M., Prieto Díaz, I., Rueda Roldán, S. (2007). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Consejería de educación. Junta de Andalucía. Recuperado de:
http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEA/E/1278580505500_01.pdf
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook of diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford.
- Bloomquist ML, Schnell SV (2002). *Helping children with aggression and conduct problems. Best practices for intervention*. Nueva York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1992). *Developmental Psychology: The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. 28, 759 -775.
- Caballo, V.E., Simón, M.A. (2004). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid. Ediciones Pirámide.

- Cardo, E. et al. (2009). Trastorno Negativista Desafiante. Aspectos relacionados con el sexo y el evaluador. *Revista de Neurología*, 48; 2: 17 - 19.
- Farrington D. P. (1995). The twelfth Jack Tizard memorial lecture. The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 360, 929 – 964.
- Fast track projet.* (2010 – 2011). Consultado 25/05/2014. Recuperado de <http://www.fasttrackproject.org/techrept/t/trf1/>
- First M.B., Frances. A. (2003). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. Elsevier Masson.
- Gómez Artiga A. et al. (2013) *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Psicología Pirámide
- Gonzalez Salazar A. M. (2010). Familia y pedagogía hospitalaria. Consultado 01/06/2014. Recuperado de: http://www.fundacionfesco.org.co/sitio/images/stories/doc_articulos/encuentro_docentes_hosp/angela_gonzalez.pdf
- Kazdin A. E., Ayers W. A., Stoddard L. S., Bullerick S. K. (1990). *Problem solving skills therapy for conduct problema children*. Boston. M.A.
- Kadin. A. E. (1996). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2ª edición). Thousand Oaks. CA: Sage.
- López Sánchez F. (2005). *Problemas afectivos y de conducta en el aula*. Consultado 01/06/2014. Recuperado de: https://docs.google.com/document/d/1ekNvLvLq6hvR4gwantm4rQwCP1qvXaBQ6qDV7_BZfRI/edit?hl=en&pli=1
- Luiselli J. K., Cameron M. J. (1998). *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support*. Baltimore. Paul H. Brookes.
- Martín, V., Granero, R., Ezpeleta, L. (2014). Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema*, 26;1: 27-32.

- Moffit T.E. (1993). Adolescence limited and life course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol*, 100, 674–701.
- Ortigosa Quilez, J.M., Quilez Sebastian, M.J., Méndez Castillo, F.X. (2003). *Manual de Psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Parrellada Redondo M.J. et al. (2009). *ESPERI. Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Instituto de Orientación Psicológica.
- Patterson G. R. (1982). *Coercitive family process*. Eugene. Castalia
- Pliego Penda, N., Valero Díaz, M. (2011). Alumnos inmigrantes en España: una realidad creciente. *Educativa digital*, 8, 77 – 90.
- Polaino Lorente, A., Gil Roales Nieto, J. (1994). *Psicología y diabetes infanto juvenil*. Madrid: Siglo XXI.
- Presentación-Herrero M. J., García-Castellar R., Miranda-Casas A., Siegenthaler-Hierro R., Jara-Jiménez P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42; 3: 137 – 143.
- Psicodiagnosis: Psicología Infantil y Juvenil*. (2012). Consultado 22/05/2014. Recuperado de: <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/elapego/index.php>.
- Reyes González, J. I. (2005). La agresividad y violencia en los juegos de los niños durante el recreo escolar. Tesis Doctoral. Chihuahua: Universidad Pedagógica Nacional.
- Rowe R., Maughan B., Pickles A., Costello E.J., Angold A. *The relation-ship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings form the Great Smoky Mountains Study*. *J. Child Psychol Psychiatry* 2002, 43; 73 – 365.
- Ruiz Díaz, M.V. (2010). *Trastornos de Conducta: El Trastorno Negativista Desafiante*. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, 36; 1-9.

Scribd. (2011). Consultado 04/06/2014. Recuperado de:
<http://es.scribd.com/doc/56123631/CIE-10-COMPLETO>

Serradas Fonseca, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*, 71 (v. 24),

Wahler, R.G., & Dumas, J.E. (1986). *Maintenance factors in coercive mother-child interactions: The compliance and predictability hypotheses. Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 13-22.